numéro 390

Juillet-Août 2007 – 6 €

La Santé de l'homme

FINANCEMENT

EFFICACITE

PRATIQUE

ACTION

Éducation pour la santé : les défis de l'évaluation

Gens du voyage : développer l'accès à la prévention

Mucoviscidose : améliorer la qualité de vie des enfants

Lecture : antimanuel de médecine



La revue de la prévention et de l'éducation pour la santé



Tous les deux mois

- l'actualité
- l'expertise
- les pratiques
- les méthodes d'intervention dans les domaines de la prévention et de l'éducation pour la santé

Une revue de référence et un outil documentaire pour :

- les professionnels de la santé, du social et de l'éducation
- les relais d'information
- les décideurs

Rédigée par des professionnels

- experts et praticiens
- acteurs de terrain
- responsables d'associations et de réseaux
- journalistes

52 pages d'analyses et de témoignages

Abonnez-vous !

1 an	28 €
2 ans	48 €
Étudiants (1 an)	19 €
Autres pays et outre-mer (1 an)	38 €

Je recevrai un numéro gratuit parmi les numéros suivants (en fonction des stocks disponibles) :

☐ Santé mentale, n° 359.
☐ La promotion de la santé à l'hôpital, n° 360.
☐ Éducation pour la santé et petite enfance, n° 361.
☐ Soixante ans d'éducation pour la santé, n° 362.
☐ L'Europe à l'heure de la promotion de la santé, n° 371.
☐ Nutrition, ça bouge à l'école, n° 374.
☐ Prévention des cancers, n° 375.
☐ Médecins-pharmaciens : les nouveaux éducateurs, n° 376.
☐ Les ancrages théoriques de l'éducation pour la santé, n° 377.
☐ La santé à l'école, n° 380.

Je souhaite m'abonner pour :

☐ 1an (6 numéros)
☐ 2 ans (12 numéros)
☐ Étudiants 1 an (6 numéros)
Joindre copie R°/V° de la carte d'étudiant
☐ Autres pays et outre-mer 1 an (6 numéros)

Soit un montant de ________ €

Ci-joint mon règlement à l'ordre de l'INPES par ☐ chèque bancaire ☐ chèque postal

Nom ________
Prénom ________
Organisme ________
Fonction ________
Adresse ________
____
____
____
Date ________

Signature

SH 390



Institut national de prévention et d'éducation pour la santé
42, bd de la Libération – 93203 Saint-Denis Cedex – France



est éditée par :
L'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES)
42, boulevard de la Libération
93203 Saint-Denis Cedex
Tél. : 01 49 33 22 22
Fax : 01 49 33 23 90
http://www.inpes.sante.fr

Directeur de la publication :
Philippe Lamoureux

RÉDACTION
Rédacteur en chef :
Yves Géry
Secrétaire de rédaction :
Marie-Frédérique Cormand
Assistante de rédaction :
Danielle Belpaume

RESPONSABLES DES RUBRIQUES :
Qualité de vie : **Christine Ferron** <dired@inpes.sante.fr>
La santé à l'école : **Sandrine Broussouloux et Nathalie Houzelle** <sandrine.broussouloux@inpes.sante.fr>
Débats : **Éric Le Grand** <legrand.eric@cegetel.net>
Aide à l'action : **Christine Gilles et Florence Rostan** <christine.gilles@inpes.sante.fr>
La santé en chiffres : **Christophe Léon** <christophe.leon@inpes.sante.fr>
International : **Jennifer Davies** <jennifer.davies@inpes.sante.fr>
Éducation du patient : **Isabelle Vincent** <isabelle.vincent@inpes.sante.fr>
Cinésanté : **Michel Condé** <michelconde@grignoux.be> et **Alain Douiller** <alain.douiller@free.fr>
Lectures – Outils : **Olivier Delmer, Sandra Kerzanet, Fabienne Lemonnier et Élisabeth Piquet** <doc@inpes.sante.fr>

COMITÉ DE RÉDACTION :
Jean-Christophe Azorin (centre de ressources prévention santé), **Soraya Berichi** (ministère de la Jeunesse, des Sports et de la Vie associative), **Dr Zinna Bessa** (direction générale de la Santé), **Mohammed Boussouar** (Codes de la Loire), **Laure Carrère** (Crésif), **Dr Michel Dépinoy** (InVS), **Alain Douiller** (Codes de Vaucluse), **Annick Fayard** (INPES), **Christine Ferron** (Fondation de France), **Laurence Fond-Harmant** (CRP-Santé, Luxembourg), **Jacques Fortin** (professeur), **Christel Fouache** (Codes de la Mayenne), **Myriam Fritz-Legendre** (Ceméa), **Sylvie Giraudo** (Fédération nationale de la Mutualité française), **Joëlle Kivits** (SFSP), **Laurence Kotobi** (MCU-Université Bordeaux-3), **Éric Le Grand** (conseiller), **Claire Méheust** (INPES), **Colette Ménard** (INPES), **Félicia Narboni** (ministère de l'Éducation nationale, de l'Enseignement supérieur et de la Recherche), **Élodie Stanojevich** (INPES), **Dr Stéphane Tessier** (Crésif/Fnes).

Fondateur : **Pr Pierre Delore**

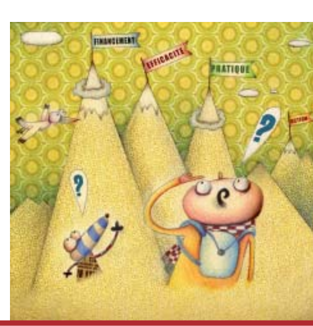
FABRICATION
Création graphique : **Frédéric Vion**
Impression : **Mame Imprimeurs** – Tours
ADMINISTRATION
Département logistique (Gestion des abonnements) : **Manuela Teixeira** (01 49 33 23 52)
Commission paritaire :
0508 B 06495 – N° ISSN : 0151 1998.
Dépôt légal : 3e trimestre 2007.
Tirage : 9 000 exemplaires.

Les titres, intertitres et chapô sont de la responsabilité de la rédaction

sommaire

numéro 390

Juillet-Août 2007



Illustrations : **Olivier Daumas**

Précision.
Suite à la publication de l'article intitulé « 15 % des enfants de 3 ans auraient des troubles du sommeil » dans le n° 388, Agathe Billette de Villemeur, médecin au Conseil général de l'Isère et auteur de cet article, nous précise que ce sont 35, 8 % des enfants qui présentent des troubles du sommeil réels au vu de l'enquête réalisée. Les 15 % mentionnés dans le titre ne prennent en compte que les enfants ayant des troubles du sommeil à la fois réels et identifiés par leurs parents, comme indiqué dans l'article lui-même.

La rédaction



Santé des gens du voyage : des associations se mobilisent

Les « gens du voyage » – quatre cent mille personnes en France – restent à l'écart de la prévention et des soins de santé. Leur espérance de vie est de quinze années inférieure à la moyenne de la population. La Fnasat développe des actions pour améliorer l'accès à la prévention et aux soins au profit de cette population. À Rouen, un travail de proximité a permis d'améliorer la couverture vaccinale des gens du voyage ; pour parvenir à ces résultats, les professionnels de santé eux-mêmes ont dû modifier les représentations – souvent négatives – qu'ils avaient de ces populations. Récit d'expérience.

En France, les gens du voyage – les personnes vivant en caravane *(voir encadré ci-dessous)* – sont estimés à trois ou quatre cent mille personnes ; ils sont, pour la plupart, de nationalité française, francophones et résidant sur le territoire français depuis plusieurs générations. Depuis plusieurs années, ils sont touchés par les mutations économiques, sociales et territoriales qui peuvent les faire glisser vers la précarité. Les activités économiques traditionnellement pratiquées par les gens du voyage ne permettent plus de subvenir aux besoins de la famille. L'autonomie et la mobilité diminuent. À l'heure actuelle, la majorité des gens du voyage est bénéficiaire des minima sociaux.

Par ailleurs, l'organisation territorialisée de nombreuses politiques publiques rend difficile la prise en compte des populations non sédentaires. En effet, c'est l'adresse de domicile qui donne le statut d'habitant d'un territoire et permet l'activation des droits associés. Par définition, les gens du voyage, même quand ils sont moins mobiles, ne sont pas reconnus comme habitants d'un territoire, ce qui freine l'accès aux droits et l'accès aux soins.

À ce premier obstacle s'ajoutent les facteurs de précarité et de fragilité : des conditions de vie difficiles, des difficultés d'accès à la prévention, un chômage très élevé, un taux d'illettrisme important, une relégation sociale et spatiale et, probablement en corollaire, une espérance de vie inférieure de quinze ans à la moyenne nationale[1].

Des conditions de vie dégradées

Les gens du voyage accèdent aux soins, notamment par la couverture maladie universelle (CMU) mais l'utilisation qu'ils font du système de santé ne leur permet pas d'accéder à des soins de qualité. Des constats, effectués par des professionnels de la santé et ou du social[2] travaillant auprès de ce public, mettent en évidence des problèmes de santé liés aux conditions de vie : dégradation de l'habitat et de l'environnement des lieux de séjour, manque de confort et d'équipement, risques liés aux pratiques professionnelles (récupération et vente de divers matériaux dont certains présentent une dangerosité telle que l'intoxication au plomb, travaux en hauteur sans protection pour effectuer des ravalements de façade ou pour l'élagage d'arbres, brûlage de matériel pour en récupérer le métal sans port de vêtements ignifugés et avec risque d'inhalation de fumées toxiques, etc.), faible fréquentation de structures de prévention et de dépistage précoce, stress des expulsions et de la perte d'autonomie économique.

Ce public se caractérise par un plus mauvais état de santé que la population en général. D'un point de vue descriptif, les professionnels intervenant auprès des familles du voyage peuvent observer des troubles dentaires, de la vue et de l'audition non dépistés – car

Qui sont les « gens du voyage » ?

Ce terme désigne les personnes dont le statut, lié à l'habitat et/ou à l'activité économique, est régi par la loi du 3 janvier 1969. Cette loi est relative à « *l'exercice des activités ambulantes et aux personnes circulant en France sans domicile ni résidence fixe* ».

Le terme « gens du voyage » désigne globalement les Français vivant en caravane dont le statut administratif entraîne l'obligation de posséder un carnet de circulation. Ce titre de circulation est à faire viser tous les trois mois par des autorités de police ou de gendarmerie pour les personnes sans domicile fixe et sans ressources stables.

Il existe d'autres termes pour désigner les gens du voyage : Tsiganes, Roms, Manouches, Gitans, Sinte, etc., termes qui renvoient à l'appartenance culturelle, identitaire. Tous les gens du voyage ne sont pas tsiganes, manouches ou roms. Tous les Tsiganes, Roms, Manouches ou Gitans ne sont pas des gens du voyage.

Les offres de stationnement pour les caravanes, en nombre très insuffisant, se situent plutôt dans les grandes agglomérations. Les aires d'accueil sont le plus souvent situées sur les zones industrielles ou d'activité, éloignées des services publics, rarement desservies par les transports en commun. L'équipement sanitaire de ces aires est parfois vétuste, voire inexistant. Pour tous ceux qui ne peuvent pas accéder aux aires d'accueil saturées, des solutions de stationnement ne peuvent être envisagées que sur des espaces improvisés, non équipés. La population est par conséquent sujette aux expulsions à répétition.

les gens du voyage ne rencontrent ni la médecine scolaire, ni la médecine du travail –, une apparition de conduites addictives en général, etc. On observe également des phénomènes dépressifs et de mal-être.

Il n'existe pas de pathologies spécifiques mais les problèmes de santé sont liés aux effets combinés de la précarité et de l'habitat : zone de relégation, pollution, tristesse du cadre de vie, avenir professionnel difficile, etc.

Un recours très tardif aux soins

Concernant le rapport aux soins, nous observons que la prise en charge de la maladie se fait tardivement. Les personnes attendent de vivre des situations critiques pour se diriger vers des services de soins. Leur rapport à la santé peut alors apparaître comme de la négligence et le non-souci de soi. En fait, il s'agit d'une rupture vis-à-vis de la médecine et des complications dues aux déterminants socio-éducatifs et au vécu de ces familles. Nous constatons un éloignement des services de droit commun à plusieurs niveaux de la vie sociale (école, logement, services sociaux, loisirs, etc.). Les personnes en situation de précarité sont souvent peu écoutées et peu entendues, elles ont donc tendance à se taire. De plus, ce sont des populations très vite stigmatisées par les représentations dont sont porteurs les acteurs de santé eux-mêmes.

Il est important de préciser que l'appartenance socioculturelle, le mode de vie déterminent l'attention qui est portée à la santé (exemple : plus nous faisons usage de notre corps, plus la tolérance à la douleur et au désordre physique est élevée). La manière de considérer la santé et les représentations que nous en avons diffèrent selon les individus et leur appartenance sociale. Mais, au-delà de la culture et des modes de vie, les conditions de vie façonnent le rapport à la santé. Plus les gens du voyage sont en situation de précarité, plus leur rapport à la santé les éloigne de la définition de l'OMS : *« Un état de bien-être complet, physique, psychologique et social et pas seulement une absence de maladie ou d'infirmité »*. La santé chez les gens du voyage se résume actuellement au mieux à l'absence de maladie.

De même, la manière d'appréhender le discours médical diffère selon le milieu d'appartenance. Les gens du voyage sont très éloignés des concepts médicaux et, par conséquent, ils peuvent être moins attentifs aux différents symptômes, moins informés sur les maladies et les circuits de soins, et méfiants quant aux informations données en matière de santé.

Leur situation n'est pas différente de celle d'autres minorités, les mêmes causes (précarité, pauvreté, relégation, illettrisme, racisme, etc.) produisent les mêmes effets : mauvais accès à la prévention et aux soins, même avec la CMU.

Des facteurs culturels spécifiques jouent probablement mais les mécanismes généraux sont parfaitement connus. L'ensemble des acteurs de santé – pour peu qu'ils dépassent l'idée que les problèmes de santé relèveraient de l'ethnicité – sont donc tout à fait en capacité d'intervenir auprès de ce public.

Agglomération rouennaise : des résultats indéniables

Au niveau local, des associations mènent des actions santé diversifiées : mise en lien avec des professionnels de la santé pour pallier l'isolement des familles, actions d'éducation pour la santé, sensibilisation aux dépistages précoces, etc.

Depuis 2002, l'association Relais Accueil Gens du voyage, intervenant sur l'agglomération rouennaise, s'inscrit dans le Programme régional d'accès à la prévention et aux soins (Praps) des plus démunis. En cinq ans, des actions santé ont vu le jour, mises en place grâce à un travail en partenariat avec Médecins du monde, une équipe mobile psychiatrique et le comité régional d'éducation pour la santé de Haute-Normandie. Elles ont contribué à l'amélioration des conditions de vie pour certains usagers, après des rencontres avec les gestionnaires des terrains de stationnement ; à l'accès à de l'information pour d'autres et à une possibilité nouvelle de bénéficier de soins de qualité. Par exemple, en partenariat avec une équipe médicale du conseil général de Seine-Maritime, des séances de sensibilisation et de suivi de vaccinations ont été proposées sur des aires d'accueil. Ces séances ont permis de vacciner des adultes qui n'avaient jamais eu de vaccins ou de rappels depuis plusieurs années. Elles ont été l'occasion également, pour les parents, de mieux connaître le calendrier vaccinal des enfants. Cette action a été efficace car elle s'est appuyée sur une démarche de proximité en délocalisant ponctuellement le service du conseil général sur les lieux de vie des gens du voyage. Grâce à notre fonction relais, les professionnels ont pu faire la démarche d'aller vers cette population pour lui permettre à terme de mieux connaître et se déplacer vers les structures de prévention et de soins.

Au-delà de ces actions, il est nécessaire d'agir en amont sur les facteurs ayant un impact sur la santé. Les conditions préalables à la santé sont la possibilité de se loger, de pouvoir stationner en sécurité et dans des conditions décentes (le minimum étant l'accès à l'eau potable !), d'accéder à l'éducation, de se nourrir convenablement, etc. Le concept de qualité de vie est à prendre en considération dans l'appréhension globale de la santé.

La promotion de la santé a à voir avec le traitement des inégalités et la lutte contre les exclusions. Par conséquent, elle doit tenir compte de l'influence de l'environnement, des conditions de vie et de travail, de l'ensemble des déterminants et pas seulement des déterminants individuels, elle doit également tenir compte de l'accessibilité aux services de santé.

Muriel Le Roux
Éducatrice spécialisée,
responsable du pôle social
de l'association Relais Accueil
Gens du voyage, Rouen.
Jean-Claude Guiraud
Médecin et président du comité
de coordination pour la promotion
et la solidarité des communautés en difficulté
– Migrants et Tsiganes, Toulouse.
Didier Botton
Directeur,
Commission santé, Fnasat, Paris.

Fnasat-Gens du voyage : un collectif d'associations engagées sur le terrain

La Fédération nationale des associations solidaires d'action avec les Tsiganes et les gens du voyage (Fnasat-Gens du voyage) rassemble quatre-vingt-sept associations mobilisées dans des actions recouvrant différents secteurs tels que l'habitat, l'insertion par l'économie, l'accès aux droits, l'appui à la scolarité ou la santé. Ces associations sont départementales et agissent majoritairement dans le cadre de conventions avec les conseils généraux. En fonction de leur histoire et de leurs contextes locaux, elles ont développé des compétences propres pour tel ou tel domaine. Se fédérer, c'est mutualiser ces savoir-faire locaux. C'est aussi disposer d'une représentation nationale, force d'interpellation et de propositions en direction des pouvoirs publics pour faire évoluer favorablement la situation des familles du voyage. Enfin, c'est la possibilité de mettre en œuvre des outils communs de communication, d'édition, de formation et de coordination de programmes.
La commission santé de la Fnasat participe de cette démarche d'analyse, d'interpellation et de proposition. Composée de professionnels de santé, salariés des associations de son réseau, la commission mène aujourd'hui une étude sur l'environnement des aires d'accueil (deux cent trente sites sont analysés). La question du saturnisme et sa nécessaire prise en considération par tous les acteurs de la santé sont aussi des préoccupations qui structurent l'action de la commission.

Pour en savoir plus
Fnasat-Gens du voyage :
59, rue de l'Ourcq – 75019 Paris
Tél. 01 40 35 00 04
www.fnasat.asso.fr

1. Étude réalisée sur deux ans dans le cadre du projet Romeurope, à l'initiative de Médecins du monde. Actes du colloque européen des 19 et 20 octobre 2000.
2. Les associations et structures qui interviennent auprès des gens du voyage se situent dans le champ de la santé et/ou du social (associations ayant pour mission l'accompagnement social des gens du voyage, associations œuvrant pour l'accès à la santé, telles que Médecins du monde, etc.). Dans ce cadre, les intervenants sont des professionnels de la santé (infirmiers, médecins, etc.) ou du social (assistant social, éducateur spécialisé, etc.) agissant soit en tant que salarié soit en tant que bénévole. Ces professionnels, témoins des conditions de vie des gens du voyage, sont en capacité d'en dresser un état des lieux.

Mucoviscidose : devenir compétent en grandissant

Six mille personnes sont atteintes de mucoviscidose en France. L'éducation du patient permet d'améliorer considérablement la qualité de vie de ces personnes. À l'initiative de l'association « Vaincre la mucoviscidose », cent cinquante soignants des quarante-neuf centres de ressources et de compétences de la mucoviscidose (CRCM) implantés sur le territoire ont été formés aux activités d'éducation thérapeutique depuis 2004. L'enjeu est crucial : développer la compréhension que l'enfant a de la maladie, et des compétences pour lui donner les moyens de mieux vivre avec sa maladie.

La mucoviscidose est la maladie génétique grave qui touche un nouveau-né sur quatre mille cinq cents, en France, où six mille patients dont 40 % d'adultes sont suivis. Elle affecte plusieurs organes : poumons, pancréas, tube digestif, foie et voies biliaires, organes reproducteurs. Grâce aux progrès récents, l'espérance de la vie à la naissance dépasse 40 ans, même si l'âge moyen des décès est encore d'à peine plus de 25 ans. Le dépistage néonatal systématique a été mis en place, en France, en 2002 avec la création des centres de ressources et de compétences de la mucoviscidose (CRCM). La mission de ces CRCM est d'améliorer la prise en charge globale des patients, la qualité des soins, la qualité de vie, de développer l'éducation thérapeutique.

Le traitement de la mucoviscidose est à la fois complexe et contraignant :
– kinésithérapie respiratoire de trois à sept jours par semaine dès l'annonce du diagnostic, c'est-à-dire dès l'âge de un mois ;
– prise à chaque repas de gélules d'enzymes pancréatiques pour digérer les graisses contenues dans l'alimentation ;
– prise quotidienne de vitamines liposolubles ;
– antibiothérapies orales fréquentes en cas d'encombrement ;
– séances d'aérosol de fluidifiants et d'antibiotiques de une à trois fois par jour, chaque séance durant de dix à quinze minutes ;
– cures antibiotiques intraveineuses de quatorze jours, de trois à quatre fois par an pour la plupart des patients adultes ;
– traitement par spray ou inhalateur de poudre en cas d'asthme, présent chez environ 50 % des patients.

Depuis quelques années, il est reconnu que l'éducation thérapeutique fait partie de la prise en charge des patients atteints de maladie chronique (1). À partir de l'approche développée par J.-F. d'Ivernois et R. Gagnayre *(voir encadré page suivante)* et face aux besoins ressentis d'améliorer la prise en charge du patient vivant avec la mucoviscidose, l'association Vaincre la mucoviscidose s'est impliquée pour développer l'éducation thérapeutique du patient auprès des équipes des centres de ressources et de compétences de la mucoviscidose (CRCM)[1]. C'est grâce à la constitution d'un groupe de travail réunissant des professionnels des différents CRCM que diverses activités ont été entreprises, notamment le développement d'outils « consensuels » visant à faciliter la mise en œuvre de l'éducation thérapeutique du patient.

Un premier groupe de travail, constitué de onze professionnels de santé, un parent d'enfant ayant la mucoviscidose et un patient adulte, s'est réuni quatre fois, en 2003, à l'association Vaincre la mucoviscidose pour construire des documents permettant d'aider les éducateurs-soignants à mieux structurer l'éducation. Ont été élaborés un guide d'entretien pour le diagnostic éducatif, dans lequel sont précisés les aspects à explorer dans les domaines cognitif, socio-éducatif, psychoaffectif et biologique, et un référentiel de compétences et d'objectifs spécifiques à la mucoviscidose, (voir, à titre d'exemple, la partie sur l'alimentation dans le *tableau 1* page suivante)(2). Au-delà de ce référentiel, pour mieux s'adapter aux

Tableau 1. Mucoviscidose : objectifs spécifiques d'apprentissage pour les parents et les enfants en matière de nutrition, à partir de cinq compétences

COMPÉTENCES	Parents d'enfants dépistés	Cycle 1 : 4-5 ans	Cycle 2 : 6-7 ans	Cycle 3 : 8-10 ans	Collège 1 : 11-12 ans	Collège 2, lycéens et adultes : 13 ans et +
COMPRENDRE, S'EXPLIQUER	– expliquer le rôle du pancréas dans la digestion des graisses – identifier le mode d'action des enzymes pancréatiques – justifier de la nécessité d'un apport calorique important – tenir compte de l'importance des vitamines dans l'alimentation (médicaments sans effet immédiat)	– dire ses préférences et ses goûts	– classer les aliments par groupes	– connaître le cheminement des aliments dans le tube digestif et situer les organes de la digestion, dont le pancréas – expliquer le rôle du pancréas dans la digestion des graisses – comprendre le lien : graisses – vitamines liposolubles – enzymes pancréatiques – connaître le caractère salé de la sueur	– établir un lien entre une perte d'appétit et un amaigrissement – justifier de la nécessité d'un apport calorique important – faire le lien entre l'énergie apportée par l'alimentation et l'énergie dépensée par la respiration	– établir un lien entre une perte d'appétit, un amaigrissement et la dégradation de l'état respiratoire – tenir compte de l'importance des vitamines dans l'alimentation (médicaments sans effet immédiat)
REPÉRER, ANALYSER, MESURER	– repérer les situations justifiant un supplément en sel et en eau – reconnaître les aliments riches en graisses – différencier les groupes de nutriments – reconnaître des selles anormales – repérer les signes d'alerte face à une douleur abdominale intense et persistante – identifier l'intérêt de surveiller le poids	– reconnaître et classer les aliments selon la famille, la saveur, la consistance	– repérer les aliments qui contiennent des graisses – reconnaître des selles anormales – repérer les signes d'alerte face à une douleur abdominale	– comparer l'apport énergétique de deux plats – reconnaître la part énergétique d'un aliment – reconnaître un menu équilibré – repérer les situations justifiant un supplément en sel et en eau	– repérer les signes d'alerte face à une douleur abdominale intense et persistante	
FAIRE FACE, DÉCIDER	– réagir face à une douleur abdominale				– réagir face à une douleur abdominale	
RÉSOUDRE UN PROBLÈME	– composer un repas hypercalorique – ajuster, adapter le traitement médicamenteux en fonction de son alimentation – ajuster la quantité d'extraits pancréatiques à chaque prise alimentaire		– associer la prise d'extraits pancréatiques à l'alimentation – identifier les composants d'un plat, d'un dessert… – identifier l'intérêt de boire	– identifier le mode d'action des enzymes pancréatiques – composer un menu équilibré – ajuster la quantité d'extraits pancréatiques à chaque prise alimentaire	– composer un repas hypercalorique – identifier l'intérêt de surveiller son poids – ajuster, adapter le traitement médicamenteux en fonction de son alimentation	– adapter, ajuster son comportement alimentaire et sa prise d'extraits pancréatiques dans différentes situations – augmenter les apports par des suppléments caloriques en cas de perte de poids – négocier des collations et un apport alimentaire supplémentaire sur son lieu d'étude (ou de travail)
PRATIQUER, FAIRE				– brancher son alimentation artificielle (+/– la préparer s'il le veut)		

besoins des patients, il est important de tenir compte de leur évolution personnelle, de leur projet de vie et de leur situation sociale et familiale.

Les compétences du patient

Il existe de nombreuses propositions visant à définir le concept de compétence mais la plupart des auteurs semblent d'accord pour penser que les compétences sont composées d'un ensemble de savoirs, savoir-faire et savoir-être articulés et mobilisés dans l'action (3-6). Dans l'éducation thérapeutique, le patient s'approprie des compétences dites « d'autosoins », habituellement maîtrisées par les soignants. Ces compétences se déclinent en termes d'objectifs spécifiques (7). Cela permet, par la constitution d'un référentiel d'objectifs spécifiques *(exemples dans le tableau 1),* d'objectiver les savoirs, d'apporter cohérence et pertinence dans l'organisation des apprentissages à proposer (4). Cependant, l'acquisition par le patient de compétences d'autosoins nécessite que les compétences psychoaffectives et psychosociales du patient soient prises en compte. Il s'agit, par exemple, de s'intéresser à l'aptitude du patient à gérer son stress et à s'adapter à son environnement, à la façon dont le patient se perçoit (« l'image de soi ») et s'il s'estime en capacité d'agir sur sa maladie (5).

Ainsi, pour apprendre, le patient va devoir activer ses ressources (cognitives, psychoaffectives et psychosociales) pour répondre de manière le plus adaptée possible aux situations qu'il rencontre. Par exemple, le patient, pour mettre en œuvre ses compétences d'autosoins en situation de « faire face », va devoir osciller entre des activités routinières qu'il doit connaître (faire ses aérosols), la compréhension qu'il a sur sa maladie (signes d'alerte d'une exacerbation[2]), l'analyse de la situation à laquelle il est confronté (degré d'urgence, adaptation à la situation), son aptitude à gérer le stress et les émotions et intégrer les contraintes liées à son environnement (professionnel, matériel disponible, présence d'un lieu de soins) pour prendre des décisions et trouver des solutions adaptées aux problèmes imprévus qu'il rencontre. En d'autres termes, il s'agit pour le patient d'apprendre à mobiliser un ensemble de ressources pour faire face à des situations diverses et complexes (6).

Apprendre en grandissant

L'acquisition de compétences pour l'enfant lorsque celui-ci est très jeune concerne aussi les parents. C'est progressivement que l'enfant va bénéficier de temps d'apprentissage lui permettant d'acquérir des compétences d'autosoins en fonction de son développement cognitif, psychoaffectif et de la vie sociale. Pour favoriser la construction de compétences chez l'enfant et quel que soit son âge, le soignant devra créer un environnement pédagogique motivant et adapté aux besoins psychoaffectifs de l'enfant en :

– proposant des situations permettant à l'enfant de construire sa propre réponse ;
– variant les activités, les contextes d'application des nouveaux acquis pour en favoriser leur transfert dans sa pratique d'autosoins ;
– prenant appui sur les réalisations de l'enfant et son évolution (activités sportives, musicales, manuelles) ;
– développant chez l'enfant ses capacités d'autoévaluation (jugement sur sa propre action).

Il est fondamental de partager l'idée, tant chez les parents que chez les soignants, qu'il faudra que l'enfant participe, au plus tôt, à la gestion de sa maladie. En effet, il s'agit d'accompagner les parents et les soignants à accepter le désir d'autonomie de l'enfant, qui va aller en augmentant.

Compétences des parents d'enfants dépistés

Depuis la mise en place du dépistage néonatal systématique, en France, en 2002, l'annonce du diagnostic est faite aux parents alors que leur enfant est âgé de un mois environ. Dans les moments qui suivent cette annonce, des informations sur la maladie sont données. Après les informations d'ordre médical, il est proposé aux familles une aide psychologique immédiate (ou différée à 48 heures). Le médecin et l'infirmière coordinatrice sont disponibles pour toute demande des familles dans les heures et les jours qui suivent l'annonce (permanence téléphonique) ; le deuxième rendez-vous à 48 heures permet de répondre aux besoins spécifiques. Sur le plan médical, les nourrissons bénéficient systématiquement de séances de kinésithérapie respiratoire, environ trois fois par semaine, et d'un traitement comportant la prise de granulés d'extraits pancréatiques à chaque prise alimentaire ainsi que des polyvitamines une fois par jour. Le suivi de l'enfant et de sa famille est organisé par le CRCM au rythme d'une consultation mensuelle les six premiers mois.

À partir des compétences suivantes : exprimer ses besoins, comprendre, identifier, adapter, faire face, nous avons établi des objectifs d'apprentissage (spécifiques) permettant aux parents d'enfants dépistés de gérer la maladie de leur enfant au quotidien. Parmi ces objectifs, certains sont pour les soignants des objectifs de sécurité, par exemple :

– repérer les signes d'alerte d'une exacerbation pulmonaire ;
– exprimer une demande d'antibiothérapie ;

Comment pratiquer l'éducation thérapeutique du patient

Selon l'approche développée par J.-F. d'Ivernois et R. Gagnayre[1], l'éducation thérapeutique du patient (ETP) s'organise selon les quatre étapes suivantes :

• l'élaboration d'un **diagnostic éducatif,** permettant de faire connaissance avec le patient et d'identifier ses besoins, son vécu avec sa maladie, ses compétences tant d'autosoins et psychoaffectives que ses potentialités, son mode de vie, sa motivation à se prendre en charge et son projet[2] ;
• le **contrat d'éducation,** précisant les compétences à développer et qui seront négociées avec le patient (ce qu'il sait, doit apprendre ou réapprendre) ;
• la **mise en œuvre de l'apprentissage,** où les activités seront choisies en fonction des potentialités et des compétences d'autosoins du patient et déterminées avec lui ;
• l'**évaluation,** prenant en compte les connaissances, le raisonnement, la prise de décision et la croyance que le patient a, par exemple, de son efficacité dans la gestion de sa maladie.

1. *Ivernois (d') J.-F., Gagnayre R.* Apprendre à éduquer le patient. Approche pédagogique. *Paris : Maloine, 2e édition, 2004 : 155 p.*
2. *Iguenane J., Gagnayre R.* L'éducation thérapeutique du patient : le diagnostic éducatif. *Kinésithérapie : les cahiers 2004 (29-30) : 58-64.*

– repérer les aliments riches en graisses ;
– adapter la posologie des extraits pancréatiques ;
– repérer les situations justifiant une supplémentation en sel et en eau.

Ainsi, à partir de la connaissance que nous avons de la famille et de ses potentialités (diagnostic éducatif), nous déterminons en équipe le contrat d'éducation. Ce contrat, négocié avec les parents, donne la priorité aux compétences et objectifs spécifiques pour l'enfant. Cela nous permet de planifier et de développer des apprentissages progressifs. Dans ce temps de travail éducatif avec les parents, sont abordés les aspects concernant l'âge d'implication de l'enfant dans une gestion de sa maladie. Cela prépare ainsi les parents à accepter l'idée que très tôt, dès l'âge de deux ans, l'enfant aura des apprentissages à effectuer : citons, par exemple, « pratiquer un lavage des mains ».

Compétences de l'enfant

C'est en continuité avec le parcours scolaire établi par l'Éducation nationale (8) et en tenant compte des capacités d'apprentissage des enfants qu'ont été proposés (à partir des compétences transversales) des objectifs d'éducation thérapeutique adaptés à l'âge de l'enfant. Ces derniers ont été regroupés par thèmes (les mêmes que pour les adultes) et déclinés par cycles scolaires. Pour organiser les compétences et objectifs spécifiques, les domaines suivants ont été retenus :

– alimentation – digestion ;
– poumons – infection – aérosols – sport – kinésithérapie – hygiène – environnement ;
– fertilité – désir d'enfant ;
– diabète – métabolisme.
– gérer et vivre avec sa maladie.

En grandissant, les enfants apprennent, peu à peu, ce qui est important dans leur maladie. Pour chaque objectif d'apprentissage, des outils sont imaginés et créés afin que les séances éducatives soient ludiques, interactives et adaptées à l'âge de l'enfant.

Pour l'objectif « Repérer les aliments riches en graisses », dès 5-6 ans, on demandera à l'enfant de faire la différence entre ce qui est gras et ce qui ne l'est pas. À 10 ans, on demandera à l'enfant de réfléchir à partir de photos d'aliments plastifiés, de les classer par groupes et déterminer ceux qui sont plus ou moins riches en graisses ; il sera possible d'aller ensuite aller vers un deuxième objectif : « Adapter la posologie des extraits pancréatiques », en demandant à l'enfant ce qui se passe dans l'appareil digestif selon la teneur en graisses des aliments. À 12-15 ans, il sera capable d'ajuster sa prise d'extraits pancréatiques dans diverses situations.

La formation des professionnels

Pour favoriser l'acquisition par l'enfant de compétences d'autosoins et psychosociales, il est fondamental que les activités d'éducation thérapeutique s'adressant aux enfants prennent appui dès le départ sur leurs capacités d'adaptation, de créativité et d'innovation, leur permettant d'entrevoir l'espace de liberté dont ils disposent pour vivre en gérant leur maladie, cela dans une perspective de maintenir au mieux leur potentiel santé. Consciente de ces enjeux, et pour inscrire des pratiques d'éducation thérapeutique du patient dans les activités des soignants, l'association Vaincre la mucoviscidose organise, depuis 2004, en partenariat avec un centre de formation continue spécialisé dans l'éducation du patient (Ipcem) (9) des sessions de formation pour les soignants (deux sessions de cinq jours par an). Cette formation permet de créer une dynamique réflexive autour de la personne du patient, considéré alors comme acteur de sa santé. De plus, elle aide les soignants à organiser et planifier les activités d'éducation thérapeutique dans les CRCM. Ainsi, sept sessions ont permis de former plus de cent cinquante soignants, médecins, infirmiers, kinésithérapeutes, diététiciens et psychologues. Sur les quarante-neuf CRCM français, quarante-cinq ont formé au moins un soignant, et trente-huit ont formé deux soignants ou plus. Les formations vont se poursuivre en 2008 selon les demandes. Il est envisagé de proposer des formations complémentaires pour maintenir les compétences éducatives des soignants et répondre à des demandes d'approfondissement dans le domaine de l'éducation thérapeutique du patient atteint de mucoviscidose.

Après avoir initié la promotion de l'éducation du patient, Vaincre la mucoviscidose continue à participer au développement de la culture éducative de l'ensemble des soignants des CRCM en collaboration avec la Société française de la mucoviscidose (10, 11).

Jacqueline Iguenane
Laboratoire de pédagogie de la santé, UPRES EA 3412, université Paris-XIII, Bobigny,
Sophie Ravilly
Association Vaincre la mucoviscidose, Paris,
Valérie David,
CRCM Pédiatrique, Centre de référence de la mucoviscidose, Nantes.

1. Les CRCM ont été créés en 2002 à la suite de la mise en place du dépistage néonatal systématique. Il en existe quarante-neuf en France.
2. Aggravation respiratoire.

Références bibliographiques

(1) OMS, Bureau régional pour l'Europe. Éducation thérapeutique du patient. Programmes de formation continue pour professionnels de soins dans le domaine de la prévention des maladies chroniques. Recommandations d'un groupe de travail de l'OMS. Copenhague : OMS, 1998 : 88 p.
(2) David V., Iguenane J., Ravilly S. *L'éducation thérapeutique dans la mucoviscidose : quelles compétences pour le patient ?* Rev. Mal. Respir. 2007 ; 24 (1) : 57-62.
(3) Le Boterf G. *Construire les compétences individuelles et collectives.* Paris : Éditions d'Organisation, 4e édition, 2006 : 272 p.
(4) Perrenoud P. *Enseigner : agir dans l'urgence, décider dans l'incertitude.* Paris : ESF, coll. Pédagogies, 2e édition, 1999 : 200 p.
(5) Bruchon-Schweitzer M. Un modèle intégratif en psychologie de la santé In : Fischer G.-N. (sous la dir.) *Traité de psychologie de la santé.* Paris : Dunod, coll. Psycho. Sup., 2002 : 47-71.
(6) Rey B. *Les compétences transversales en question.* Paris : ESF, coll. Pédagogies, 1999 : 224 p.
(7) Ivernois (d') J.-F., Gagnayre R. *Apprendre à éduquer le patient. Approche pédagogique.* Paris : Maloine, 2e édition, 2004 : 155 p.
(8) Livret scolaire d'évaluation. Apprentissages fondamentaux. Éducation nationale.
(9) IPCEM : www.ipcem.com
(10) Réseau MucoOuest : www.reseau-muco-ouest.org
(11) Vaincre la mucoviscidose : www.vaincrelamuco.org

numéro 390

Juillet-Août 2007

Éducation pour la santé : les défis de l'évaluation

C'est une question à laquelle aucun professionnel de la santé, du social ou de l'éducation n'échappe : *« Avez-vous évalué votre action ? »* Que ce soit pour mobiliser des financements, des partenaires, pour vérifier la pertinence d'une action et son efficacité, pour améliorer ses propres pratiques, l'évaluation est devenue une étape incontournable. Le problème est qu'il est particulièrement difficile d'évaluer une action ou un programme d'éducation pour la santé. Certains effets ne peuvent se concrétiser, et les effets visibles interviennent parfois des décennies plus tard ; ils sont alors la résultante d'une multitude de facteurs…

La tâche est donc difficile mais tout à fait possible – c'est l'un des enseignements essentiels de ce dossier – à condition qu'elle soit assortie d'une rigueur dans l'approche et d'un refus de la simplification. Ce dossier volumineux – quarante pages – a été piloté par des experts francophones : Chantal Vandoorne (École de santé publique de l'université de Liège, Belgique), Laurence Fond-Harmant (Centre de recherche public-santé au Luxembourg) et Françoise Jabot (École nationale de la santé publique à Rennes). Il rassemble analyses, modes d'emploi et cas pratiques. Il se veut un outil pour les professionnels.

Françoise Jabot analyse les grands enjeux et les pratiques d'évaluation ; avec Murielle Bauchet, elle nous présente un précieux glossaire des mots-clés. Chantal Vandoorne décrit les fondements de l'évaluation d'une action d'éducation pour la santé, elle répond aussi à des questions qui dérangent et se posent immanquablement aux acteurs et décideurs. D'autres experts ont été conviés : Michel Demarteau (Belgique) présente l'histoire de l'évaluation, des balbutiements aux États-Unis et en Europe aux progrès des connaissances et aux avancées les plus récentes. Louise Potvin (Canada, Québec) souligne que c'est l'évaluation qui permet de développer l'innovation et donc ensuite d'impulser le changement. Retour dans l'Hexagone avec Francis Nock, qui nous livre un mode d'emploi pratique de l'évaluation.

Dans la seconde partie de ce dossier, nous vous présentons une sélection d'évaluations d'actions ou de programmes d'éducation pour la santé. Il n'est pas possible, dans cette présentation, de citer tous les auteurs qui ont accepté d'y contribuer mais la variété des thèmes traités montre l'ampleur de la réflexion : la prévention du tabagisme dans des lycées d'Aquitaine, les ateliers santé, un programme de santé communautaire à Bruxelles, les nouveaux pôles régionaux de compétences en éducation pour la santé sur le territoire français, etc. Et puis, il y a ceux qui mutualisent les savoirs, travaillent en réseau : les régions Provence – Alpes – Côte d'Azur, Bretagne, Pays de la Loire et Franche-Comté montrent ici la voie à suivre, en formant les professionnels, en élaborant des protocoles concertés et des outils comme des cédéroms. La même concertation prévaut en Aquitaine, où professionnels, décideurs et porteurs de projets évaluent de concert un programme de repérage de la consommation d'alcool qui s'appuie sur les médecins généralistes. Bonne lecture !

Yves Géry

Dossier coordonné par **Chantal Vandoorne,** directrice de l'APES-ULg, Liège, **Françoise Jabot,** enseignant-chercheur, École nationale de la santé publique, Rennes, et **Laurence Fond-Harmant,** Responsable du développement des programmes de recherche en santé publique, Centre de recherche public-santé, Luxembourg.

Évaluation : « ni pensée unique ni bonnes ou mauvaises méthodes ! »

Les professionnels de la santé, de l'éducation et du social, tous les intervenants en éducation pour la santé sont confrontés régulièrement à la question de l'évaluation de leurs actions. Que ce soit pour en apprécier l'efficacité, pour obtenir des financements, pour améliorer la qualité de leurs pratiques professionnelles. Ce faisant, ils se posent de nombreuses questions sur le « comment faire » des évaluations valides, peu coûteuses en temps et en ressources, des évaluations utiles, acceptables par les usagers et les partenaires. L'évaluation est hautement stratégique. Les intervenants doivent prendre en compte les priorités politiques et institutionnelles, dans un champ où se croisent des approches et pratiques hétérogènes, des disciplines diverses, voire des valeurs paradoxales.

« Au terme de ce dossier, nous espérons que les professionnels de l'intervention en éducation pour la santé seront à la fois plus confiants et plus prudents. Plus confiants, car ils auront compris que l'évaluation est un terrain indissociable de l'action. Plus prudents, car ils auront compris que les choix méthodologiques recouvrent de véritables enjeux. »

La pression s'accentue pour que toute attribution de fonds publics donne lieu à une évaluation. Au-delà de cette nécessité de justifier de l'usage des subventions reçues, nombre d'acteurs de la promotion de la santé souhaitent aussi que les évaluations soient utilisables et utilisées pour améliorer la qualité de leurs interventions, renforcer les capacités professionnelles, assurer la continuité des programmes. Bref, des évaluations qui soient utiles pour piloter les projets/les programmes et en améliorer la qualité. Des évaluations qui dynamisent le partenariat ; qui stimulent la réflexion, influencent les décisions politiques. Voilà le défi auquel nous sommes confrontés.

Dans ce contexte, il importe de trouver de nouveaux modèles de référence en matière d'évaluation. En effet, si elles restent d'actualité, les notions d'efficacité, d'effets ou d'impact, etc., ne suffisent plus à rencontrer ces attentes. Les paradigmes issus de la recherche expérimentale et épidémiologique se révèlent peu adaptés en éducation pour la santé : ils sont orientés vers la connaissance plus que vers l'action, ils cherchent à neutraliser les sources de variation plutôt qu'à les intégrer, ils se développent sur un rythme propre lié au respect des critères méthodologiques et s'adaptent difficilement à la logique temporelle des programmes et projets.

Parler d'évaluation n'est donc pas chose aisée… faire reconnaître la légitimité de différentes formes d'évaluation est tout aussi difficile. Organiser le débat autour de ces questions nécessite non seulement une clarification méthodologique mais aussi une réflexion épistémologique.

En effet, en éducation pour la santé, chaque acteur (public, promoteur de projet, chercheur, commission d'avis, administration, ministre, etc.) dispose d'un cadre de référence qui lui est propre : il agit en fonction de sa représentation de la réalité et du sens qu'il donne à ses interventions, de ses options personnelles et de sa position en tant que professionnel. Ces cadres de référence sont parfois formalisés, ils constituent alors de véritables référentiels qui prennent valeur de « normes » pour un groupe de professionnels.

Dans ce dossier, nous avons souhaité :
– faire émerger les fonctions, les enjeux et les acteurs de l'évaluation ;
– présenter les différents modèles de référence en matière de conception et de planification de l'éducation pour la santé.

Dans le monde de l'évaluation, plusieurs types de compétences sont mis en jeu, celles de l'expert, mais aussi celles des professionnels de l'intervention. Évaluation externe, interne, autoévaluation accompagnée, la diversité des pratiques évaluatives reflète la pluralité des attentes envers l'évaluation : apport de connaissances, identification des conditions de succès ou d'échec des actions, accompagnement du changement, démonstration des effets induits par l'intervention, etc.

Ainsi, les méthodes et les compétences à mobiliser dépendent du contexte dans lequel s'inscrit l'évaluation. Par ailleurs, la nature des

questions posées oriente des approches contrastées, à l'origine de controverses troublantes pour les professionnels, notamment l'opposition quantitatif/qualitatif et la production et/ou l'utilisation de données probantes. Il n'y a en évaluation ni pensée unique ni bonnes ou mauvaises méthodes… ni manière unique de conduire des évaluations. En revanche, quelques repères sont utiles pour parcourir le chemin de l'évaluation, de la construction négociée, partenariale des objectifs, du protocole d'évaluation à la discussion des conclusions.

Et, en pratique, pourquoi évaluer et comment ? Les attentes des décideurs relèvent quelquefois du mythe de la toute puissance de l'évaluation, laquelle serait apte à faire des découvertes inattendues et à apporter des solutions correctrices à toutes sortes de dysfonctionnements. Or, l'évaluation reconstitue une intervention dans toutes ses dimensions, mais elle ne produit pas de révélation ; elle redonne du sens, sans nécessairement justifier ; elle remet en question et parfois dérange. Autant de retombées plus ou moins conformes aux espérances des acteurs. Ces thèmes sont explorés dans ce dossier à travers la présentation de plusieurs exemples concrets français, belges et québécois. Enfin, nous relatons plusieurs expériences d'acteurs de l'éducation pour la santé qui ont engagé une réflexion collective dans le souci de construire, promouvoir et diffuser une culture d'évaluation.

Au terme de ce dossier, nous espérons que les professionnels de l'intervention en éducation pour la santé seront à la fois plus confiants et plus prudents. Plus confiants, car ils auront compris que l'évaluation est un terrain indissociable de l'action. Ainsi rassurés, ils pourront aborder avec sérénité les inévitables questions méthodologiques et se sentir légitimes aux côtés des évaluateurs. Plus confiants mais aussi plus prudents, car ils auront compris que les choix méthodologiques impliquent bien plus que la validité (la scientificité) des résultats ; ils recouvrent de véritables enjeux stratégiques. Si les professionnels referment ce dossier en étant convaincus de la nécessité de négocier les protocoles d'évaluation entre parties prenantes ; s'ils acceptent de s'impliquer dans des réseaux qui mutualisent des résultats d'évaluation entre professionnels, s'ils envisagent de soustraire du temps à l'action pour se faire accompagner et construire leur propre évaluation, alors nous aurons réussi notre pari.

Chantal Vandoorne
Directrice,
APES-ULg Liège, Belgique.
Françoise Jabot
Médecin de santé publique, enseignant-chercheur,
École nationale de la santé publique, Rennes.
Laurence Fond-Harmant, Ph.D.
Responsable du développement
des programmes de recherche en santé publique,
Centre de recherche public-santé, Luxembourg.

Enjeux et pratiques de l'évaluation

Évaluer… De quoi parle-t-on ? À quoi sert l'évaluation ? Quels en sont les enjeux ? Françoise Jabot, responsable de la formation à l'évaluation à l'École nationale de la santé publique, expose ici quelques traits essentiels de la démarche : une construction collective et négociée, la prise en compte de multiples points de vue, une méthode rigoureuse… Une remise en question salutaire des pratiques pour progresser !

Évaluation ! Depuis quelques années, le mot ponctue, comme un leitmotiv, textes et discours, sonnant tantôt comme une injonction, tantôt comme l'invocation d'une solution propre à résoudre tous les problèmes, tantôt comme une règle de bonne pratique. Cette évocation, omniprésente dans des contextes multiples, crée un bruit de fond qui, tout en maintenant les consciences en alerte sur « l'ardente nécessité » de l'évaluation, finit par brouiller le sens du message. De quoi parle-t-on, finalement ? Les auteurs de ces discours qui, tour à tour, convoquent, récusent ou redoutent l'évaluation, lui accordent-ils la même signification ? De quelles représentations, de quelles attentes et de quels enjeux le mot est-il porteur ? Cet engouement récent est-il un effet de mode, une pure rhétorique ou le témoin d'une transformation en cours dans la gestion des actions publiques ?

Pour tenter de répondre à ces questions, la parole sera d'abord donnée aux acteurs impliqués dans le domaine de l'évaluation. Les citations rapportées dans le texte sont extraites d'entretiens conduits auprès de ces acteurs pour la réalisation d'un document multimédia sur l'évaluation (1).

L'évaluation : paroles d'acteurs

Comment définir l'évaluation ?

Définir l'évaluation est une tâche ardue car le mot, isolé, donne peu de prises à une traduction concrète. Les tentatives d'explicitation s'accompagnent le plus souvent d'une qualification portant sur les objets (évaluation de politiques, de programmes, de projets, de pratiques professionnelles, de réseaux…), sur les finalités (évaluation récapitulative ou formative[1]), sur la discipline principalement mobilisée (évaluation épidémiologique, évaluation économique, etc.), sur le mode opératoire (évaluation externe, interne, autoévaluation) ou encore, selon une formule plus générique, sur la nature de l'exercice (démarche, méthode, processus d'évaluation). On recense autant de définitions que de théoriciens qui, jonglant avec quelques mots-clés, se sont confrontés à l'exercice. Plus de cent définitions de l'évaluation étaient déjà répertoriées il y a une vingtaine d'années (2).

Posée aux acteurs, la question suscite une variété de réponses : *regard sur soi, sur les autres, sur le système* (opérateur), *guide* (opérateur), *moyen de progresser* (opérateur), *immense miroir* (opérateur), *exigence technique et démocratique* (fonctionnaire d'État), *démarche d'amélioration de la qualité* (décideur, responsable de programme), *démarche participative* (responsable de programme), *aide à une meilleure gouvernance* (décideur), *mesure de l'écart entre ce que l'on voulait faire et ce que l'on a fait* (décideur), *démarche qui vise à éclairer des choix publics* (décideur), *processus d'apprentissage collectif* (décideur, expert), *démarche à chaque fois nouvelle et créative* (évaluateur), *posture plus qu'un métier* (évaluateur), *outil* (évaluateur), *processus d'interaction et de négociation* (expert/évaluateur). Plus qu'une définition, ce sont là leurs propres attentes que livrent les acteurs. Avoir un regard sur son action afin d'améliorer ses pratiques relève bien d'une préoccupation d'animateur de projet. Mieux gérer, décider rationnellement de l'utilisation des fonds publics en est une autre, tout aussi légitime, de décideurs. Quant aux évaluateurs[2], ils insistent sur les dynamiques induites par la démarche.

À quoi sert l'évaluation ?

Interrogés plus spécifiquement sur les finalités de l'évaluation, ces mêmes acteurs déclarent : *s'interroger sur le projet* (opérateur), *valoriser ce qui a été fait* (opérateur), *rendre explicite ce qui est implicite* (formateur/accompagnateur), *rendre des comptes à son administration et aux citoyens* (fonctionnaire d'État), *prendre des décisions* (décideur), *vérifier si la politique produit des résultats ou va dans le sens fixé* (élus), *prendre conscience des succès et des échecs* (élu), *réécrire les objectifs du programme* (responsable de programme), *communiquer avec les acteurs de terrain et témoigner de leurs inquiétudes auprès des décideurs* (responsable de programme), *piloter l'action* (expert), *produire de la connaissance en même temps que des changements dans l'action* (expert).

Ces propos inspirent trois commentaires. Premièrement, on note que les réponses diffèrent peu dans le contenu, quelle que soit la question posée : c'est principalement l'usage des résultats de l'évaluation qui est évoqué. Deuxièmement, ils illustrent les interactions entre les perceptions qu'ont les acteurs de l'évaluation, leurs attentes et les responsabilités qu'ils occupent. Enfin, ils confirment l'intérêt de procéder, dès lors qu'un travail d'évaluation est engagé, à la mise à jour des représentations de l'ensemble des protagonistes. Méfions-nous des évidences ! Dans le milieu des évaluateurs, la définition de l'évaluation est attachée à la notion de valeur, au sens de valeur ajoutée par l'action, conformément à son étymologie. *« Évaluer, c'est émettre un jugement sur la valeur »*, écrivait Patrick Viveret dans le rapport fondateur de l'évaluation des politiques publiques en France (3). Pour la Société

française de l'évaluation, *« l'évaluation vise à produire des connaissances sur les actions publiques […] dans le double but de permettre aux citoyens d'en apprécier la valeur »* (4). De jugement *sur la* valeur à jugement *de* valeur, le glissement sémantique qui a pu s'opérer parmi les acteurs de terrain explique leurs réticences à s'exposer dans ce type de démarche et les inquiétudes sur la sanction supposée l'accompagner. À l'opposé, une professionnelle insistait sur l'opportunité, à travers l'évaluation, de *« mettre en valeur »* le travail réalisé avec et par les bénéficiaires de l'action.

À qui profite l'évaluation ?

• aux décideurs pour « décider » ou « améliorer la gestion publique »

Avant d'opter pour la reconduction d'une intervention[3], un décideur recherchera principalement, pour éclairer son choix, des arguments sur son utilité et son efficacité. La démonstration de l'efficacité est la question d'évaluation la plus difficile à résoudre car elle requiert la mise en évidence de la relation de causalité entre les effets observés *(par exemple un recours plus précoce aux services de soins)* et l'intervention réalisée (*des ateliers de groupe pour la revalorisation de l'estime de soi*) ; cela suppose de parvenir à isoler les effets propres et attendus de l'intervention *(la modification de comportement),* d'autres effets qui ne lui seraient pas liés *(augmentation des revenus, relation privilégiée avec une personne facilitant l'accès aux services, etc.).* En l'absence d'un cadre de recherche approprié, fiable et valide, le défi n'est pas relevé ; la prise de décision est rarement étayée sur la base de l'efficacité stricto sensu. Pour autant, l'évaluation est-elle inutile ? Certainement pas, les analyses contextuelles permettant de comprendre les conditions de succès ou d'échec de l'intervention apportent des informations très utiles pour la décision. Par ailleurs, une description détaillée et argumentée de la mise en œuvre de l'intervention et des réalisations peut satisfaire à l'exigence de rendre compte de l'utilisation des fonds alloués.

• aux opérateurs pour « améliorer l'action »

Pour les opérateurs, l'évaluation est surtout considérée comme une activité intégrée à l'action dans le but de procéder à des ajustements réguliers afin d'améliorer l'action. Une intervention, projet ou programme, n'est pas une structure figée ; elle évolue au gré des aléas de sa mise à l'épreuve du terrain, des acteurs en présence et du contexte dans lequel elle s'inscrit. L'interrogation sur le sens de l'action est présente, nourrie de réflexions internes et des retours d'informations des bénéficiaires. Pratique réflexive en équipe, *« regard dans le rétroviseur »,* procédure plus ou moins formalisée, les évaluations sont de facture variable, fonction des exigences et des ressources dévolues.

• avec des acquis partagés

En réalité – et la somme des discours recueillis lors des entretiens le valide –, l'évaluation remplit une pluralité de fonctions (5) au service de tous : accumuler de la connaissance, estimer la valeur de l'action accomplie, produire du changement, susciter un débat avec l'ensemble des acteurs engagés, les faire progresser collectivement, mobiliser et contribuer à l'appropriation de l'intervention. En effet, l'apport de connaissances quasiment toujours recherché dans les questionnements évaluatifs, qu'il s'agisse d'accumuler des indications sur l'intervention ou de documenter une expérimentation, est au profit de tous. De surcroît, l'évaluation donne l'opportunité de récapituler l'histoire d'une politique, d'un programme ou d'un projet, avec le rapport d'évaluation comme support de cette mémoire reconstruite. En restituant la participation des acteurs impliqués, elle constitue une forme de reconnaissance du travail accompli et favorise l'appropriation par les différents partenaires tant des conclusions de la production évaluative que de l'intervention évaluée.

L'évaluation : une démarche audacieuse et contestataire !

Réduire l'implicite…

Exercice ponctuel ou continu, en cours ou en fin d'intervention, externe ou interne, tout travail évaluatif doit se soumettre au rituel d'un questionnement préalable : évaluer, pourquoi ? Quoi ? Avec qui ? Pour qui ? Pour quoi faire ? Comment ? L'explicitation des objectifs, la définition du champ de l'évaluation, la clarification du questionnement et la définition des modalités de travail sont des épreuves incontournables de la première étape du parcours évaluatif. Il s'agit là de *« rendre explicite ce qui est implicite »*.

Cette réflexion initiale doit permettre de s'entendre sur l'utilisation de cette évaluation, les questions à poser et les critères de jugement. En effet, la spécificité de l'évaluation relève de la mise en perspective de l'analyse avec l'angle de vue collectivement choisi : le système de référence de l'évaluation dont les critères sont l'élément majeur. Sur quelle(s) base(s) apprécier l'intervention ? Par exemple, l'adhésion des acteurs à un projet sera-t-elle estimée sur leur présence aux réunions, sur leur participation à un travail commun ou sur une transformation conséquente de leurs pratiques au regard des principes du projet ? Sur quels éléments décider qu'un projet est réussi et/ou en voie d'autonomisation ? Sur quelle base affirmer qu'une action a amélioré la confiance en soi des élèves ? Le choix des critères n'est pas neutre. Il relève d'un acte collectif – et non pas de la seule responsabilité de l'évaluateur – et engage l'ensemble de la démarche.

Enfin, le travail préliminaire contribuera à mettre au jour les enjeux de l'évaluation, à savoir, les conséquences prévisibles pour l'intervention (la poursuite de l'intervention est-elle dépendante des conclusions ?), les problèmes ou conflits latents susceptibles d'émerger, les opportunités (la mise en valeur de l'action, des opérateurs), afin de dissiper les malentendus, de minimiser le risque de déception quant aux résultats de l'opération (l'obtention de réponses aux questions posées) et d'anticiper les difficultés au cours de l'exercice (notamment les résistances à participer à l'évaluation…).

Poser des questions dérangeantes…

L'évaluation suscite des réticences parce qu'elle est, par essence, un processus de contestation, en raison de la (re)mise en question(s) de l'intervention. L'intervention permet-elle de satisfaire les besoins des populations visées ? Sur quels fondements théoriques a-t-elle été construite ? A-t-on conduit les actions avec professionnalisme ? Aurait-on pu faire mieux ? Les effets attendus se sont-ils produits ? Tout de l'intervention (structure, dérou-

lement, acteurs, résultats) peut être disséqué et soumis à l'analyse critique. Mais tout ne fera pas l'objet d'une étude approfondie ; des choix devront être négociés en vue de l'usage présumé des résultats de l'évaluation.

Ouvrir un espace de controverses…

Les buts déclarés de l'évaluation influencent le champ mais aussi la nature de la démarche, notamment en ce qui concerne l'étendue des acteurs (des responsables aux partenaires et aux citoyens) à associer à la réflexion et la place à leur accorder. Lors du dernier colloque de la Société française de l'évaluation (SFE), un panel de citoyens sollicités pour produire un avis sur la place des citoyens dans l'évaluation des politiques publiques, justifiait un telle orientation au nom de trois arguments : leur triple légitimité d'usagers, d'habitants, de contribuables ; leur proximité directe avec les résultats de la politique ; leur intérêt pour leschangements à venir du fait des conclusions de l'évaluation. Il soulignait également l'intérêt d'un autre regard précisément parce qu'il permet de relier toutes les finalités de l'évaluation (6). Les influences s'exercent aussi de la part des acteurs sur le processus d'évaluation.

… et de (ré)conciliation

Opter pour une évaluation participative suppose d'accepter le risque de la controverse et de s'engager à créer les conditions d'un dialogue équilibré entre les différents points de vue. Ainsi conçue, l'évaluation crée un espace de débat et une tribune à différentes catégories d'acteurs qui, à cette occasion, pourront exprimer des conceptions, des préférences, des incompréhensions, voire des revendications. Conduite sur un mode concerté, l'évaluation favorise des échanges aptes à faire converger des préoccupations particulières, et même contradictoires, à concevoir et partager des références communes. Les évaluations des programmes régionaux de santé du début des années 2000 témoignent de ce rassemblement opéré, là où la dynamique de concertation avait précisément permis la mise en place d'un processus participatif (7). L'évaluation est un espace favorable à la réconciliation de catégories à première vue opposées, experts et profanes, décideurs et acteurs de terrain.

L'évaluateur : un personnage à plusieurs facettes

L'évaluateur responsable de la conduite du processus peut être l'artisan de ces rapprochements. Les situations évaluatives lui confèrent une variété de rôles. Dans le cadre d'une évaluation interne, il se confond avec l'acteur de l'action. Dans une évaluation externe, il est dégagé de tout lien avec l'intervention, avec, toutefois, des postures variables en fonction des objectifs avoués de l'évaluation et de la proximité recherchée avec les responsables de l'intervention. Interpellé pour répondre à des questions sur l'impact de l'intervention, il adoptera une position distanciée compatible avec la neutralité attendue de l'expert. Sollicité pour accompagner des acteurs de terrain dans leur propre évaluation, il s'intégrera au mieux dans l'environnement pour faire émerger les questions, être la ressource propre à accompagner – plus que guider – le processus d'évaluation : reconstituer la logique d'action, clarifier les objectifs, aider au choix ou à la construction des outils de recueil et d'analyse des données.

L'évaluation : une activité sociale au service de l'apprentissage collectif

L'évaluation reste difficile à définir, à cerner, à expliquer parce qu'elle ne se résume pas à une seule opération intellectuelle. Inscrite dans un système de relations dynamiques entre des acteurs, des pratiques, des intentions, un contexte, elle est, avant tout, une activité sociale et à chaque fois singulière. La pluralité de ses applications, combinée à tous les autres paramètres qui la façonnent, génère une variété de configurations incluant sur un large registre des formes d'évaluation parfois bien contrastées : évaluation de la conformité, évaluation managériale, recherche évaluative, évaluation d'expertise, évaluation compréhensive, évaluation pluraliste, etc.

Ainsi que le rapportait Bernard Perret[4], *« quand on essaye de définir l'évaluation, on met toujours l'accent sur un aspect particulier, alors qu'en fait il faut avoir une vision équilibrée des différentes fonctions, de prise de décision, de formation, de médiation, de diagnostic partagé. L'expression qui intègre le mieux les différentes fonctions, c'est celle d'apprentissage collectif »*.

Progressivement, forte de l'accumulation des expériences et des acquis qu'elle génère, l'évaluation s'intègre peu à peu dans les pratiques, laissant penser que, derrière le bruit de fond, il y a bien plus qu'une simple rhétorique.

Françoise Jabot
Médecin de santé publique,
enseignant-chercheur,
École nationale de la santé publique (ENSP),
Rennes.

« Je remercie Chantal Vandoorne pour sa contribution. Ses commentaires et les échanges que nous avons eus m'ont permis d'améliorer la première version de ce texte. »

1. Voir le glossaire page 22.
2. Le terme évaluateur s'applique ici aux praticiens de la méthode.
3. Nous utiliserons le terme « intervention » comme un terme générique pour désigner diverses formes d'actions, qu'il s'agisse d'actions isolées, de projets, de programmes ou de politiques.
4. Ancien membre du conseil scientifique de l'évaluation, membre de la SFE, auteur d'un ouvrage sur l'évaluation des politiques publiques (8).

Références bibliographiques

(1) Jabot F. *Regards croisés sur l'évaluation. Deux DVD. Rennes :* ENSP, 2007.
2) Patton M.Q. *Creative evaluation.* Nexbury Park, CA : Sage Publications, 1986, 2e édition.
(3) Viveret P. *L'évaluation des politiques et des actions publiques.* Paris : La documentation Française, coll. Rapports officiels, 1989.
(4) *Charte de l'évaluation des politiques publiques.* Société française de l'évaluation, version révisée, juin 2006.
(5) *Conseil scientifique de l'évaluation. Petit guide de l'évaluation des politiques publiques.* Paris : La documentation Française, 1996.
(6) Avis du groupe de citoyens relatif à « La place des citoyens dans l'évaluation des politiques publiques ». 7es Journées françaises de l'évaluation, Lyon, 20-21 juin 2006.
(7) Jabot F. *L'évaluation des programmes régionaux de santé.* ADSP, la revue du Haut Comité de la santé publique, n° 46, mars 2004.
(8) Perret B. *L'évaluation des politiques publiques.* Paris : La Découverte, coll. Repères, 2001 : 128 p.

Comment évaluer une action d'éducation pour la santé ?

Sur quels fondements et référents théoriques évaluer une action d'éducation pour la santé ? Chantal Vandoorne analyse la spécificité de l'éducation pour la santé, impossible à évaluer à partir d'indicateurs épidémiologiques, comme la mortalité. Elle souligne à quel point la modification d'une attitude, l'enrichissement d'une représentation, l'évolution d'un comportement sont le fruit de multiples facteurs. Autre difficulté à prendre en compte : il faut raisonner dans la durée, l'acte éducatif peut n'avoir aucune conséquence à court terme mais être capitalisé pour produire un changement plus tard.

Le terme d'éducation recouvre une multitude d'interprétations qu'il serait trop long d'explorer ici. Dans cet article, nous l'emploierons au sens d'« action éducative », c'est-à-dire l'aménagement intentionnel de situations d'actions, de communication et de réflexion qui permettent à un individu ou à un groupe d'individus de se développer dans les domaines intellectuel, socioaffectif, moteur, sensoriel, etc. Ces situations sont parfois qualifiées de situations d'apprentissage. Le terme apprentissage renvoie plutôt au processus à l'œuvre chez une personne pour amener du changement dans ses acquis. Quand on parle d'éducation, on se place du point de vue de l'acteur éducatif ; quand on parle d'apprentissage, on se place du point de vue du public visé.

L'action éducative se déploie au sein d'une culture, d'une société, de milieux de vie qui ont leurs propres références en termes de valeurs, de normes, de comportements et de savoirs. Le tout est inscrit dans un contexte culturel et social. Ainsi l'éducation a une fonction d'homogénéité sociale qui se développe en tension avec d'autres fonctions : l'émancipation des personnes, la formation progressive de leur capacité à décider d'elles-mêmes, l'émergence du sujet à partir de son inscription biologique, historique et sociale (1-3).

L'éducation vise donc à placer, de façon intentionnelle, les individus dans un processus de changement. L'évaluation de l'éducation va chercher à identifier les changements produits (évaluation d'impacts et d'effets), elle va aussi chercher à relever la trace des processus qui ont rendu ces changements possibles. En éducation pour la santé, on souhaite en plus que ces changements soient reconnus comme producteurs de santé. C'est ici qu'interviennent les modèles et paradigmes auxquels se réfèrent les divers intervenants de l'éducation pour la santé.

La demande d'évaluation des effets et impacts de l'éducation pour la santé reste un objet d'intérêt prioritaire. Cependant, la plupart des programmes éducatifs évalués par des schémas de type expérimental ou quasi expérimental[1] ont échoué à démontrer leur efficacité sur le moyen terme (4, 5) : certains effets bénéfiques enregistrés au terme du programme ont disparu deux ans plus tard ; on ne parvient pas à mettre

en évidence des différences significatives dans l'évolution du groupe soumis à l'intervention éducative et du groupe contrôle…, sauf dans la progression des connaissances, etc. Dès lors, la tentation est grande pour les professionnels de l'éducation pour la santé et de la promotion de la santé d'abandonner l'évaluation des résultats des actions éducatives pour se centrer exclusivement sur les processus.

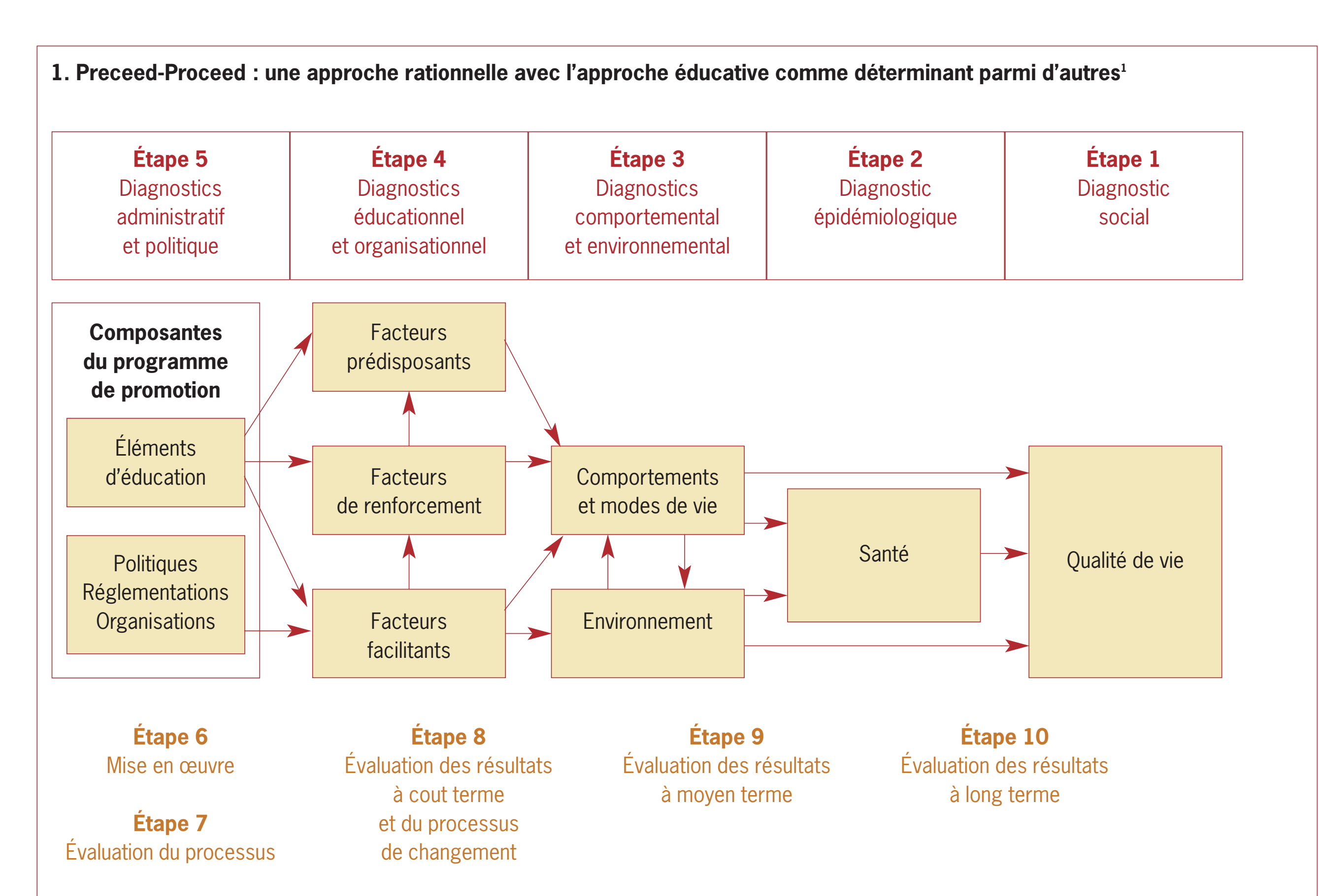
Après avoir exploré quelques difficultés inhérentes à l'évaluation de l'action éducative en santé, nous souhaitons expliciter ici qu'il est possible de faire porter l'évaluation sur certains résultats de l'action éducative.

Rationnel, humaniste, social ou écologique

Comme mentionné dans d'autres contributions de ce numéro, le jugement sur la valeur d'une action est constitutif de l'acte d'évaluation. La clarification des valeurs et modèles de référence représente donc une étape essentielle dans la construction ou la négociation d'une évaluation. En effet, comme le dit clairement K. Tones (6), la manière d'interpréter la promotion de la santé tout comme le choix des méthodes et stratégies sont déterminés par l'idéologie. Ces différences sont fondées sur une vision bien déterminée du monde en général, de la nature humaine et de l'action humaine.

Plusieurs paradigmes servent de cadre de référence aux actions d'éducation pour la santé. Dans une contribution récente, J. Fortin (7) distingue quatre paradigmes d'organisation sociale qui permettent de questionner la dimension éducationnelle – choix rationnel (le rapport de soi aux normes bio-psycho-médicales), réalisation de soi (le rapport à soi), dialectique sociale (le rapport aux autres) et approche écologique (le rapport au contexte). Nous reprenons ci-dessous quelques éléments seulement de cet article, propices à éclairer la question de l'évaluation.

Les acteurs intervenant en éducation pour la santé inscrivent leurs pratiques



Dans le modèle *Preceed-Proceed*, les dimensions éducatives occupent une place de choix ; elles sont organisées en facteurs prédisposants (valeurs, connaissances, croyances, habitudes, etc.) renforçants et facilitants (disponibilité des services et/ou des produits, etc.) ; elles doivent faire l'objet d'un diagnostic avant le programme et sont représentées comme une étape incontournable d'un changement de comportement ou de modes de vie dans la réalisation d'un objectif de santé, aux côtés des modifications de la législation ou des dispositifs d'aménagement de l'environnement matériel ou social. Ce modèle s'apparente au paradigme rationnel et au paradigme humaniste. Il présente l'intérêt de situer l'action éducative parmi d'autres déterminants et de fournir un cadre logique qui lie les modifications de ces déterminants à diverses temporalités de l'évaluation. À la suite de Lise Renaud[2], nous avons réalisé une adaptation des rubriques de l'axe évaluation, qui montre comment les dimensions éducatives peuvent être considérées comme processus ou comme résultats intermédiaires à court terme, prédicteurs d'une dynamique de changement.

1. *Green L.W., Kreuter M.* Modèle de planification Preceed/Proceed. *Health Promotion Planning. Mountain View : Mayfield Publishing Co, 2nd edition, 1991.*
2. *Renaud L., Gomez Zamudio M.* Planifier pour mieux agir *Québec : Réseau francophone international pour la promotion de la santé, 2e édition, 1999.*

dans l'un ou l'autre (l'un *et* l'autre) de ces paradigmes, en fonction de leur itinéraire personnel, de leur insertion institutionnelle, de leur positionnement stratégique. Selon le paradigme adopté, les changements attendus au terme de l'action éducative sont différents.

– *Le paradigme rationnel ou l'homme tel qu'il devrait être :* on considère qu'un apport d'informations permet une adaptation des connaissances ou des croyances des personnes et détermine l'adoption par celles-ci d'un comportement favorable à la santé. L'issue de l'action éducative sera donc évaluée soit par une augmentation des connaissances, soit par la modification de facteurs de risques comportementaux mis en évidence par les études épidémiologiques en lien avec certains problèmes de santé.

– *Le paradigme humaniste ou le libre bien-être : « la réalisation de soi est revendiquée comme but éducatif et se confond avec la définition de la santé comme état complet de bien-être physique, mental et social »* (Fortin, 2004). La démarche éducative s'attache à développer des compétences diversifiées qui dépassent les savoirs : estime de soi, confiance en soi, maîtrise corporelle et développement sensoriel, affirmation de soi au travers de valeurs, etc. Ces compétences sont considérées comme des facteurs motivationnels et décisionnels dans les matières de santé. Ces paramètres fortement liés à l'intimité des personnes restent délicats à évaluer. La capacité de faire des choix libres et responsables est peu souvent objet d'évaluation car elle reste soumise à des débats éthiques sur les limites du champ de la liberté individuelle en matière de santé.

– *Le paradigme de la dialectique sociale :* allant au-delà du développement personnel, ce paradigme questionne les rapports de l'homme à son environnement et interroge son degré de liberté au sein du groupe social. Le concept complexe d'*empowerment*

2. Promotion Santé Suisse : un modèle innovant qui valorise les processus d'apprentissage au niveau de l'individu, des groupes et des organisations[1]

A	B	C	D
A1 Développement d'offres de promotion	**B1** Offres en matière de promotion de la santé	**C1** Environnement physique favorable à la santé	**D** Santé
A2 Représentations d'intérêts, collaboration entre organisations	**B2** Stratégies de promotion de la santé dans la politique et les institutions	**C2** Environnement social favorable à la santé	
A3 Mobilisation sociale	**B3** Potentiel social et engagement favorables à la santé	**C3** Ressources personnelles et comportement favorables à la santé	
A4 Développement de compétences personnelles	**B4** Compétences individuelles favorables à la santé		

Le modèle de catégorisation des résultats de la promotion de la santé, proposé, en 2005, par Promotion Santé Suisse, adopte une structure graphique proche de celle de *Proceed-Preceed* mais il introduit des innovations de taille en matière d'éducation pour la santé. Examinons tout d'abord parmi les déterminants de la santé *(colonne C),* dont des liens ont été établis avec les indicateurs de santé *(D)* : ce modèle place sur le même plan comportements, types de comportements et ressources personnelles. Ainsi, si, à la suite d'une intervention d'éducation pour la santé, une personne a une meilleure perception de son état de santé, on considère que c'est un résultat positif en lien direct avec la qualité de vie *(case C3)* ; de même si elle est capable d'utiliser plus adéquatement les services de santé mis à sa disposition. Ensuite, en plaçant le développement des compétences personnelles à plusieurs niveaux *(colonne B* facteurs influençant les déterminants et *colonne C),* ce modèle fait éclater une vision trop linéaire de la place de l'éducation pour la santé dans la chaîne de causalité.
Enfin, les *cases B3* et *C2* se rapprochent des paradigmes écologiques et de la dialectique sociale ; elles permettent de concrétiser des résultats de l'éducation pour la santé en termes d'amélioration du potentiel social et de changements dans les organisations et les réseaux.

1. *Ackermann,* et al. Guide pour la catégorisation des résultats de projets de promotion de la santé et de prévention. *2e version revue et corrigée. Berne : Promotion Santé Suisse, juillet 2005.*

représente l'aboutissement le plus sophistiqué de ce paradigme : il vise l'acquisition de pouvoir par le sujet et les groupes (maîtrise de son existence et contrôle de son environnement) à travers l'optimisation de leurs savoirs en parallèle avec l'exercice de ce pouvoir. Le concept d'*empowerment* a ceci de particulier qu'il mêle processus et résultats. Ainsi les évaluations porteront, par exemple, sur l'évolution de la quantité et de la qualité des prises de parole dans un groupe qui se réunit autour d'une problématique de bien-être, de santé ou de qualité de vie ; l'évaluation enregistrera aussi les modifications apportées par le groupe dans son environnement matériel et social, aménagements qui généralement portent sur des déterminants de santé.

– *Le paradigme écologique : « l'écologie de l'éducation prend pour cible l'être humain et les interrelations entre celuici et les différents milieux (écosystèmes) dont le résultat est son développement et ses apprentissages »* (Fortin, 2004). Ce processus systémique reprend des éléments de paradigmes précédents en leur apportant à la fois une dimension dynamique et contextuelle. Il permet d'intégrer les « impondérables décisionnels », déclencheurs de l'action qui surgissent dans la vie quotidienne auxquels l'individu donne sens à un moment donné de son parcours personnel. Ce faisant, il offre une alternative de choix par rapport aux modèles prédictifs du comportement. Ce paradigme, encore peu répandu dans le domaine de l'éducation pour la santé, est encore très peu exploité en matière d'évaluation.

Bien évidemment, l'émergence de ces paradigmes s'inscrit dans une perspective sociétale globale et historique. S'il est utile pour les praticiens en éducation pour la santé d'analyser à quel paradigme se réfèrent leurs interventions, ils auraient tort de céder à l'attrait des mots et des formules, occultant ainsi les métissages entre ces paradigmes. Une illustration d'un tel métissage est fournie par l'analyse de la manière dont la déclaration de Sundsvall (8) situe l'éducation pour la santé : *« L'éducation est un élément déterminant pour favoriser les changements politiques, économiques et sociaux* (paradigme écologique) *qui rendent possibles l'instauration de la santé. Les objectifs et les stratégies de l'éducation pour la santé doivent traduire ces principes généraux. Ils doivent mettre en place un processus qui crée les conditions pour que des personnes ou une communauté apprennent à développer leur bien-être et leur santé* (paradigme humaniste). *Ils doivent favoriser la prise d'autonomie et la responsabilité collective. La santé passe donc par le développement individuel et collectif des aptitudes à exercer une action sur les facteurs de santé* (paradigme de la dialectique sociale). *»*

Au-delà des discussions possibles sur les objets pertinents de l'évaluation de l'éducation pour la santé, se posent de multiples autres défis qui lui sont spécifiques. Deux de ceux-ci sont commentés ci-dessous.

Tout l'intérêt de la charte d'Ottawa

En matière de prévention ou de promotion de la santé, l'efficacité est généralement produite par des démarches multifactorielles qui combinent une variété de stratégies. C'est tout le sens de la charte d'Ottawa, qui recommande

d'impulser la santé par l'aménagement des milieux de vie, le développement de politiques publiques, la réorientation de services de santé, le développement de compétences individuelles et sociales et la participation des populations concernées. C'est toute la clairvoyance de la charte de Bangkok de vouloir intégrer à ces composantes de l'intervention la dimension économique et le secteur privé comme un des facteurs et donc un des partenaires incontournables dans la production de la santé.

Ainsi située par rapport au problème de santé sur lequel on souhaite intervenir ou à la composante du bien-être/de la qualité de vie que l'on souhaite renforcer, l'éducation pour la santé n'intervient que comme une des composantes de l'action parmi d'autres. Il est donc vain de vouloir évaluer une action d'éducation pour la santé en reliant celle-ci de manière directe et spécifique à des indicateurs de santé de type épidémiologique (mortalité, morbidité, facteurs de risques).

Les deux modèles présentés en encart dans les pages précédentes (Green et Kreuter ; Promotion Santé Suisse), illustrent bien la place relative des dimensions éducatives dans l'évaluation d'un programme de promotion de la santé.

Le développement des compétences individuelles et sociales… le parcours d'une vie…

À partir du moment où l'on prend pour référence non le producteur de l'acte éducatif mais le sujet de l'éducation (la personne éduquée), force est de constater que les effets des actions éducatives dépendront de la manière dont la proposition éducative s'intégrera dans les schèmes cognitifs et socio-affectifs de cette personne, dans son parcours de vie, etc. Par ailleurs, à côté des actes éducatifs identifiés comme tels, formalisés, produits dans divers milieux de vie, les personnes sont exposées à de nombreuses influences non formalisées qui interfèrent avec l'acte éducatif ou le renforcent.

Ainsi, une multitude d'influences interviennent pour déterminer la modification d'une habitude de vie ou d'une attitude, l'enrichissement d'une représentation ou l'acquisition d'une compétence. Ce système d'influences particulièrement complexe rend encore plus difficile l'objectivation des effets de l'acte éducatif par rapport aux autres déterminants de la santé.

Il est donc difficile de garantir avec un niveau de certitude satisfaisant que telle ou telle modification « intermédiaire » observable à court terme (accroissement de connaissances, modification des intentions ou des opinions, essai d'un comportement adéquat pendant une période définie, etc.) s'avère être les prémices d'un changement durable du comportement ou d'un bon équilibre dans le mode de vie plus global d'une personne.

Par ailleurs, l'acte éducatif peut paraître avoir eu peu de conséquences à court terme puis manifester ses effets des années plus tard : une conjonction favorable de déterminants, une expérience ou une information supplémentaire sera venue lui apporter du sens, le contexte socio-affectif aura changé. Cet « effet retard » des actions éducatives est sans doute à prendre particulièrement en compte quand on s'adresse à des enfants et des adolescents, quoiqu'il conserve une certaine pertinence pour les adultes.

En éducation pour la santé, l'apparition de la plupart des bénéfices demande du temps. Les effets immédiats sont souvent temporaires. D'autres effets, plus lents à s'établir, sont souvent plus stables (9). D'autres difficultés existent en matière d'évaluation de l'efficacité de l'éducation pour la santé. Citons notamment la relativité de la parole de sujets, incontournable pour identifier certains effets. Citons aussi l'énorme influence des circonstances de l'acte éducatif sur les effets de celui-ci : la prédiction d'un effet similaire dans un autre contexte est souvent hasardeuse.

Malgré tout il ne faut pas renoncer à objectiver les résultats des actions éducatives. Des évaluations pertinentes sont possibles si le but n'est pas de prouver les effets de l'éducation pour la santé mais bien d'enregistrer des modifications sur la base desquelles on adaptera une action, un programme ou une pratique professionnelle. Les deux modèles évoqués précédemment ouvrent quelques pistes en ce sens.

Chantal Vandoorne
Directrice, APES-ULg,
Liège, Belgique.

Références bibliographiques

(1) Jourdan D., Berger D. *De l'utilité de clarifier les référents théoriques de l'éducation pour la santé.* La Santé de l'homme n° 377, 2005 : 17-20.
(2) Lecorps P. L'éthique, l'engagement d'un sujet se libère ! In : Sandrin-Berthon B., Aujoulat I., Ottenheim C., Martin F. *L'éducation pour la santé en médecine générale : de la fonction curative à la fonction éducative.* Corrèze, 4-7 juillet 1996. Vanves : CFES, coll. Séminaires, 1997 : 77-85.
(3) Meirieu P. *Le choix d'éduquer. Éthique et pédagogie.* Paris : ESF, 9e édition, coll. Pédagogies, 2005 : 198 p.
(4) Potvin L., Goldberg C. Deux rôles joués par l'évaluation dans la transformation de la pratique en promotion de la santé. In : O'Neill M., Dupéré S., Pederson A., Rootman I. *Promotion de la santé au Canada et au Québec, perspectives critiques.* Presses de l'université de Laval, coll. Sociétés, cultures et santé 2006 ; (20) : 457-73.
(5) Liesse A., Vandoorne C. *L'approche expérimentale est-elle adaptée à l'évaluation des actions d'éducation à la santé ?* Éducation Santé 1999 ; n° 143 : 5-8.
(6) Tones K., Green J. *Health promotion: Planning and strategies.* London: Sage, 2004.
(7) Fortin J. Du profane au professionnel en éducation à la santé : modèles et valeurs dans la formation en éducation à la santé. In : Jourdan D., Tubiana M. *La formation des acteurs de l'éducation à la santé en milieu scolaire.* Toulouse : Éditions universitaires du Sud, coll. École & Santé, 2005 ; (2) : 51-65.
(8) Haglund B.J.A., Pettersson B., Finer D., Tillgren P. *Créer des environnements favorables à la santé.* Exemples donnés à la 3e conférence internationale sur la promotion de la santé, Sundsvall, juin 1991. Genève : OMS, 1997.
(9) Green L.W. *Evaluation and measurement: some dilemmas for health education.* AJPH 1977; 67(2):155-61.

1. L'adoption d'un schéma expérimental suppose que l'on exerce un contrôle strict sur les circonstances dans lesquelles apparaissent les relations entre l'action éducative et ses effets : il s'agit de mesurer les effets attendus d'un côté sur des sujets ayant bénéficié de l'action éducative et de l'autre sur un groupe témoin qui n'a pas été soumis à cette action, la répartition des sujets dans l'un et l'autre groupe devant être réalisée de manière aléatoire. Le schéma quasi expérimental est « plus souple » dans la mesure où il n'exige pas que la répartition des sujets entre groupe expérimental et groupe témoin soit réalisée au hasard. Toutefois, dans les deux cas, le contexte d'application (ou de non-application) de l'action éducative doit être rigoureusement contrôlé.

Glossaire des mots-clés de l'évaluation

L'évaluation est une pratique encore récente et en voie de constitution. La pluralité des approches, des modèles de référence, des acteurs, conjuguée à la diversification des modes d'exercice se traduit par une profusion de termes tantôt précis et consensuels, tantôt ambigus et objets d'interprétations divergentes. Il est donc plus que jamais indispensable d'expliciter les concepts tapis derrière les mots dont l'évidence n'est qu'apparente, souvent trompeuse, et quelquefois à l'origine de malentendus !

Bénéficiaires

Les bénéficiaires sont les personnes qui bénéficient de la mise en œuvre d'une intervention, directement ou indirectement, intentionnellement ou non. Ainsi, on distingue différentes catégories de bénéficiaires : ceux qui sont directement visés par l'intervention *(bénéficiaires directs),* ceux qui profitent des conséquences directes du projet sans en être les cibles *(bénéficiaires indirects),* ceux qui profiteront des conséquences à long terme *(bénéficiaires ultimes),* ceux qui bénéficient d'un appui dans le cadre du projet *(bénéficiaires intermédiaires).*

Cadre logique

C'est un outil qui permet de formaliser la logique d'intervention, à savoir les relations causales entre les différentes composantes de cette intervention (buts, objectifs, activités, effets attendus). C'est une aide pour la conception, la mise en œuvre et l'évaluation de l'intervention.

Cohérence

C'est un critère de jugement qui interroge l'adéquation entre plusieurs termes : les objectifs de l'intervention, les moyens alloués, les activités prévues *(cohérence interne)* ; la construction de l'intervention et d'autres interventions visant les mêmes effets *(cohérence externe).*

Critère

C'est un angle de vue adopté pour juger une intervention. Cohérence, pertinence, efficacité, efficience, utilité sont les critères majeurs pour orienter les questions d'évaluation. Toutefois, pour chaque évaluation, des critères plus spécifiques seront construits et négociés avec tous les acteurs concernés (financeur, responsable de programme, opérateur, bénéficiaire), qui n'ont pas nécessairement le même point de vue. Par exemple, l'évaluation d'un service peut être appréciée sur plusieurs critères, en fonction des intérêts des différentes personnes, notamment l'accessibilité, la permanence du fonctionnement, la continuité du service, la conformité aux normes techniques, la compétence des professionnels, la qualité de l'accueil, la rentabilité, etc.

Effets (outcome)

Ce sont les changements observés du fait d'une intervention sur le milieu environnant ; ils peuvent être attendus ou non, attribuables directement ou indirectement à une action, identifiables à court ou à moyen terme.

Effectivité

Ce critère apprécie ce qui a été fait en réalité, au regard de ce que l'on voulait faire.

Efficacité

Ce critère apprécie la réalisation des objectifs d'une intervention en comparant les résultats (au sens d'effets) obtenus aux résultats attendus, ces résultats étant imputables à cette intervention *(efficacité propre).*

Efficience

L'efficience met en rapport les ressources mises en œuvre et les résultats (au sens d'effets) d'une intervention. Elle suppose donc d'avoir réglé la question de l'efficacité. Une intervention efficiente est une intervention efficace au moindre coût.

Évaluation

C'est un exercice particulier qui consiste à répondre à un ensemble de questions relatives à la raison d'être, à la mise en œuvre et aux effets d'une intervention afin de construire un jugement sur la valeur de l'intervention à partir de plusieurs angles de vue (efficacité, efficience, pertinence, cohérence, etc.). L'évaluation peut être réalisée : avant *(ex ante)*, pendant *(concomitante ou in itinere)*, ou après l'intervention *(ex-post)*.

Évaluation formative

C'est une évaluation effectuée en vue d'améliorer une intervention en cours de mise en œuvre ; elle vise à éclairer les acteurs de l'intervention sur le contexte et les conséquences de leurs pratiques.

Évaluation récapitulative ou sommative

Cette évaluation, effectuée au terme de l'intervention, vise à porter une appréciation globale et distanciée principalement sur les effets d'une intervention ; elle est habituellement utilisée pour orienter la prise de décision quant au devenir de cette intervention.

Selon la formule de R.E. Stake, spécialiste de l'évaluation : « *Quand le cuisinier goûte la soupe, c'est formatif ; quand les invités goûtent la soupe, c'est sommatif.* »

Évaluation participative

L'évaluation participative accorde une place centrale à la participation de toutes les personnes concernées. Elle prend en considération leurs valeurs, leurs points de vue, leurs intérêts et leurs attentes, à toutes les étapes du processus d'évaluation.

Impact

Ensemble des effets sociaux, économiques, environnementaux, qu'ils soient positifs ou négatifs, souhaités ou non, immédiats ou différés, imputables à une intervention. Exemples : amélioration de la qualité de vie, diminution de la mortalité, etc.

Implantation

L'évaluation d'implantation s'intéresse à la mise en œuvre d'une intervention et aux conditions dans lesquelles celle-ci s'est effectuée.

Indicateur

Un indicateur est une information qui va permettre d'objectiver une réalité ; il n'a de sens que confronté à un critère *(cf. critère, référentiel)*. Il peut être quantitatif ou qualitatif. On distingue différents types d'indicateurs : indicateurs de contexte qui qualifient la situation ; indicateurs de réalisation qui décrivent ce qui a été fait (nombre de personnes dépistées, nombre de jours de consultation, etc.) ; des indicateurs de performance qui renseignent sur l'atteinte des objectifs (délai d'attente de consultation, etc.) ; des indicateurs d'impact qui montrent les effets de l'intervention (nombre de décès évités, changement de comportement, adoption de pratiques nouvelles, etc.).

Intervention

Ce terme générique désigne une action ou un ensemble organisé d'actions (projet, programme, politique, etc.) dans le but de modifier une situation jugée problématique.

Intrants (inputs)

Ressources matérielles, humaines, financières allouées pour la mise en œuvre d'une intervention.

Logique d'intervention (ou théorie d'action)

C'est la stratégie sur laquelle est construite l'intervention, notamment les hypothèses posées pour expliquer la façon dont celle-ci va produire des effets et atteindre son objectif global ; elle explicite les relations de causalité entre les réalisations, les effets et l'impact à plus long terme. Le cadre logique est l'outil utilisé pour l'explicitation de la logique d'intervention.

Pertinence

C'est un critère qui interroge l'adéquation entre les objectifs de l'intervention et la nature du problème à résoudre.

Performance

Capacité à produire les résultats conformément aux objectifs fixés et à un coût acceptable.

Réalisations (outputs)

Ce sont les productions de l'intervention : produits, biens et services (exemples : sessions de formation, consultations, conférences-débats, rencontres de parents, documents pédagogiques, etc.).

Référentiel

C'est le cadre d'interprétation des données collectées aux fins de l'évaluation, à partir duquel un jugement peut être formulé. C'est un système de référence qui permet de confronter les indicateurs (éléments représentatifs d'une situation réelle) aux critères et aux normes ou valeurs de référence quand elles existent (éléments significatifs d'une situation désirée) dans un contexte donné.

Résultat

Le terme en français évoque à la fois les réalisations, les effets et l'impact d'une intervention. En situation d'évaluation, il conviendra de préciser avec ses partenaires ce que l'on entend par « résultat ».

Suivi

Processus continu de collecte de données, selon des indicateurs préalablement définis, pour fournir aux responsables d'une intervention des informations sur les réalisations en cours, l'atteinte des objectifs et l'utilisation des ressources allouées.

Tableau de bord

Document regroupant un ensemble d'indicateurs recueillis régulièrement pour le suivi d'une intervention.

Murielle Bauchet
Chargée d'enseignement,
Françoise Jabot
Médecin de santé publique,
enseignant-chercheur,
École nationale de la santé publique, Rennes.

Sources

• *Glossaire européen en santé publique.* Banque de données en santé publique, ENSP.
• *Glossaire de l'évaluation des politiques publiques*, réalisé à partir du *Petit guide d'évaluation des politiques publiques.* Paris : La Documentation française, 1996 : 124 p.
• *Glossaire des principaux termes relatifs à l'évaluation et à la gestion axée sur les résultats.* Paris : OCDE, 2002 : 40 p.
• *Evaluation of the socio-economic development. Resources for evaluation, the guide.* European Union. www.evalsed.info

Évaluation : réponses à des questions qui dérangent

Est-il pertinent d'évaluer toutes les actions d'éducation pour la santé ? Doit-on systématiquement faire appel à un évaluateur professionnel extérieur ? L'évaluation ne risque-t-elle pas d'appauvrir, de normaliser une action ? La nouvelle loi de Finances change-t-elle la donne ? Autant de questions essentielles que se posent les acteurs de l'évaluation. Les réponses de Chantal Vandoorne, spécialiste du domaine.

Les ressources investies en évaluation le sont-elles au détriment de l'action ? En particulier, est-il pertinent d'investir du temps et de l'argent dans l'évaluation d'une action faiblement subventionnée ?

Il est toujours utile pour un professionnel, comme pour la population qu'il sert, de remettre en question une intervention, de vérifier son bien-fondé, de s'interroger sur les stratégies choisies et sur la qualité de ses pratiques. Aussi les professionnels posent-ils très souvent des actes d'évaluation qui ne sont pas formalisés, qui restent partiellement ou totalement implicites : ils observent comment le public a réagi à leurs interventions, ils s'interrogent sur ce qui a marché ou non parmi leurs propositions, et ils adaptent leurs interventions futures en conséquence. Une telle évaluation est sans conteste utile à la réorientation des actions, à la régulation des projets, mais il est souvent difficile d'en partager les résultats avec d'autres, notamment les partenaires et les décideurs.

Pour rendre cet acte d'évaluation communicable – et par conséquent en faire reconnaître la validité et la pertinence –, il est nécessaire de définir explicitement la partie de la réalité que l'on va observer, de préciser comment on va l'observer (comment on collecte des informations) et par rapport à quel référentiel on va interpréter ces observations.

Dans le cadre d'actions de modeste envergure, cette explicitation demande surtout un temps d'arrêt, une mise en ordre (et une mise par écrit) des réflexions et des informations disponibles sur l'action ; puis éventuellement l'adoption d'une procédure d'observation systématique de l'action. Il n'est pas toujours nécessaire de faire appel à un évaluateur extérieur ni de mettre en place des procédures et outils très lourds, donc très coûteux. Cependant, la présence d'une personne extérieure, qui sert de révélateur par rapport à l'existant, peut faciliter un regard distancé sur l'action. Cette prise de recul est toujours bénéfique à l'action. Mais elle doit être prévue dans le planning de l'action, tout comme le recours à une aide extérieure doit l'être dans le budget. On considère généralement que le volume financier dévolu à une évaluation ne doit pas excéder 10 % du financement de l'intervention.

À quoi sert l'évaluation ? À améliorer les pratiques des professionnels ou la santé des populations ?

Tout d'abord, il y a plusieurs catégories d'évaluation *(cf. glossaire page 22)*. Certaines évaluations *(qualifiées de formatives)* sont plutôt réalisées en cours de programme et visent à aider les professionnels à mieux comprendre les conditions de réalisation de leur action et à améliorer leur projet. Elles permettent également aux professionnels de faire évoluer leurs pratiques bien au-delà du projet. En ce sens, les évaluations formatives sont un élément essentiel pour garantir la qualité sur le long terme du service rendu à la population.

Par ailleurs, dans certains domaines d'intervention, des études existent qui permettent de définir de manière générale quels types de pratiques professionnelles sont plus probablement reliés à des actions pertinentes et efficaces pour la population. L'évaluation permet alors aux professionnels d'identifier en quoi ils sont plus ou moins proches de ces standards.

D'autres évaluations, qualifiées de sommatives, sont plutôt conduites en fin de programme afin de déterminer les effets des interventions sur la population. Ces évaluations ne sont pas pertinentes dans tous les cas : elles sont surtout utiles lors de la première mise en place d'une action ou quand une action bien rodée touche une population dont les caractéristiques ont évolué par rapport aux actions antérieures.

Peut-on faire des évaluations « sérieuses » sans être un spécialiste ? Faut-il choisir entre des évaluations « crédibles » (sur le plan scientifique) et des évaluations « utiles » (sur le plan pratique) ? Toute évaluation ne dénature-t-elle pas la richesse de l'action ?

Oui, toute évaluation dénature l'action si l'on considère que toute évaluation nécessite l'utilisation d'un référentiel et donc le choix d'un angle de vue pour observer/comprendre une action. L'article de G. Absil présenté ci-après *(voir page 41)* illustre combien ce sentiment de non-reconnaissance de l'action à travers l'évaluation peut expliquer les réticences des professionnels face aux évaluateurs.

Les exigences méthodologiques d'une démarche scientifique de type expérimental, voire quasi expérimentale, que l'on associe souvent à une évaluation « sérieuse » ou « scientifique », amènent d'office à sélectionner des composantes précises, sensibles à l'observation, qui ne refléteront qu'une

partie de la réalité ; elles imposent souvent aussi leurs propres contraintes au déroulement de l'action.

Cependant, l'acte d'évaluation n'est pas de la même essence que l'acte de recherche scientifique. En matière d'évaluation, il est essentiel de choisir des indicateurs qui fourniront des informations utiles à la décision. Seule cette condition permet de produire des évaluations porteuses de sens pour les acteurs qui en sont partie prenante. Le choix d'indicateurs utiles est tout à fait compatible avec les exigences d'une évaluation valide et crédible.

Si l'on admet que l'on peut trouver plusieurs sens à une même réalité en fonction du point de vue d'où on la regarde ; si l'on reconnaît que l'approche quantitative ne prévaut pas sur l'approche qualitative, les résultats d'une évaluation seront considérés comme valides s'ils donnent du sens à la réalité que l'on souhaite observer, dans un cadre de référence défini, en limitant ou en contrôlant la déformation de sens que peuvent produire les instruments et les démarches de collecte d'information.

Autre exigence fondamentale : concevoir des démarches d'évaluation qui multiplient autant que possible les angles de vue, c'est-à-dire :
– qui explicitent les référentiels des différentes catégories d'acteurs (en lien avec la décision et avec les critères de jugement) ;
– qui veillent à rencontrer certains éléments de chacun des référentiels en présence ;
– qui identifient quels objets et quels indicateurs il est possible d'utiliser ;
– qui varient les démarches et modes de collecte des informations (triangulations).

L'évaluation ouvre-t-elle un espace de démocratie ou de normalisation ?

Comme on l'a vu dans les articles de F. Jabot et M. Demarteau, dans ce dossier, la production d'un jugement sur la valeur ou sur la plus-value d'une action est un élément constitutif de l'évaluation. En conséquence, le danger est grand d'utiliser l'évaluation comme un levier de normalisation. Toutefois l'utilisation de modèles d'évaluation participative et/ou négociée permet de limiter ce risque, d'ouvrir des espaces de dialogue et de démocratie entre parties prenantes d'un même projet. Dans ce cas, la négociation entre les partenaires de l'action et de l'évaluation porte sur les enjeux de l'évaluation projetée et les valeurs qui la sous-tendent, sur les questions à approfondir pour préparer des décisions, sur les informations à collecter et surtout sur les critères et indicateurs (ou référentiel) à utiliser pour traiter ces informations. Il est impossible de tout évaluer : des choix doivent être opérés en fonction des intérêts respectifs de chaque acteur et des ressources disponibles.

Doit-on tenir compte de la loi organique relative aux lois de Finances pour monter/réaliser des évaluations d'actions en éducation pour la santé ?

La réforme budgétaire introduite, en France, par la loi organique relative aux lois de Finances (Lolf) vise l'amélioration de la gestion des politiques publiques. Elle devrait permettre d'apprécier la performance de l'État, à savoir la capacité de l'administration à transformer des crédits en réalisations pour produire des résultats. Désormais, l'action publique de l'État est traduite en programmes présentés dans des documents, revus annuellement, précisant les objectifs fixés et les indicateurs de performance. Ainsi, tout financement public de l'État est soumis à cette règle et les promoteurs d'actions en éducation pour la santé ont aussi à rendre compte des résultats de leurs actions bénéficiant de financements publics. Il est donc essentiel de définir, de la façon la plus précise et réaliste possible, les objectifs sur lesquels s'engager et de s'assurer de la concordance entre la nature des objectifs et celle des indicateurs (mettre en phase des indicateurs de réalisation avec des objectifs opérationnels, des indicateurs d'impact avec des objectifs plus globaux). Enfin, il importe d'avoir à l'esprit la distinction entre la démarche d'évaluation et la démarche de performance. La mesure de l'atteinte des objectifs en renseignant des indicateurs ne suffit pas à constituer une évaluation. L'évaluation va au-delà de la comparaison de deux données chiffrées ; l'interprétation des indicateurs doit s'accompagner de la prise en compte des facteurs contextuels explicatifs du succès ou non de cette intervention.

Chantal Vandoorne
Directrice,
APES-ULg Liège, Belgique.

Je remercie Françoise Jabot pour sa contribution, particulièrement aux questions concernant la Lolf.

L'évaluation : toute une histoire

Signalée dès l'époque de la dynastie des Han au IIe siècle, en lien avec la constitution d'un corps de fonctionnaires, l'évaluation se généralise au XVIIIe siècle avec le développement des États. Elle prend son essor au XIXe, principalement aux États-Unis, pour mesurer d'abord l'efficacité des étudiants puis du système éducatif. L'évaluation a fait l'objet depuis deux siècles de multiples théories qui se confrontent, donnant lieu notamment à une bataille idéologique entre adeptes du quantitatif et ceux du qualitatif. Au cours des trente dernières années, les travaux se sont multipliés, formant un important corpus de connaissances. Michel Demarteau conte cette évolution et plaide pour un appui renforcé à l'évaluation par les acteurs, y compris dans le cadre français des groupements régionaux de santé publique.

En 1997, dans son discours inaugural de l'assemblée annuelle de l'Association américaine d'évaluation, William Shadish (1) proclame : *« Tous les évaluateurs devraient connaître les théories de l'évaluation parce qu'elles sont au centre de notre identité professionnelle. »* Cette citation est intéressante à double titre pour les praticiens de la promotion de la santé et de l'éducation pour la santé. D'une part, parce qu'elle suggère de manière générale que l'identité professionnelle se construit sur la théorisation des pratiques. D'autre part, parce que l'évaluation fait partie aussi de leur pratique et donc de leur identité professionnelle.

L'évaluation est donc d'abord une pratique professionnelle. Elle a fait l'objet de nombreuses démarches de conceptualisation, de modélisation, de recherche empirique, avec aussi des débuts d'explication à partir d'apports théoriques de diverses disciplines : sciences politiques et administratives, sociologie, épistémologie, etc. Il s'agit d'un effort de modélisation des pratiques plutôt qu'une théorie générale de l'évaluation. Cet effort permet néanmoins d'identifier et de comparer les pratiques, de conduire à des consensus et des référentiels pour guider les praticiens.

Pour mieux connaître, pour mieux utiliser les modèles de référence en matière d'évaluation dans le champ de l'éducation pour la santé, nous proposons un survol historique de quelques modèles de référence en prenant comme fil conducteur ce qui compose l'identité de la démarche évaluative. *« Nous savons très bien,* dit W. Shadish (1), *que faire une expérience randomisée n'est pas du tout la marque d'un évaluateur. Ce qui nous différencie d'un économiste, d'un sociologue, ou de toute autre profession, c'est la conjonction entre la construction d'un savoir, la production d'un jugement de valeur et l'utilisation de l'évaluation pour prendre des décisions et modifier des actions. »*

L'évaluation, un jugement de valeur ?

La littérature s'accorde en effet à identifier trois composantes à une évaluation : un processus qui vise à délimiter et obtenir des informations sur la valeur d'une action ; un produit qui est le jugement de valeur et un usage de ce produit pour modifier l'action par des décisions. L'évaluation de programme est un processus de production d'un jugement de valeur pour conduire une action par des décisions (2, 3).

J.-M. Barbier (4) considère les usages du jugement de valeur (la décision sur l'action) comme l'indice de l'universalité du rôle de l'évaluation dans la conduite de l'action. *« On peut penser que l'immense majorité des processus sociaux d'évaluation s'effectue de cette façon et que le repérage des autres formes de manifestation de l'évaluation doit se faire sur le fond de celle-ci. »* Les décisions d'action, plus facilement repérables dans les discours ou les écrits, sont fonction de jugements de valeur produits et d'informations récoltées souvent non explicités et non formalisés. Les décisions les plus fréquentes sont internes au programme, comme des actes de gestion quotidienne, directs, immédiats, ou des décisions « stratégiques » aux effets plus lointains et aux sources plus diverses. Mais l'énonciation et l'externalisation de ces pratiques d'évaluation, parce que quotidiennes et sans « justification sociale », sont peu fréquentes, ce qui ne les rend pas moins importantes pour la conduite effective de l'action.

Connaître, juger, décider

Il y a donc autour de chacune des composantes de l'évaluation et de leur combinaison des enjeux sociaux qui se reconnaissent par la mise en avant dans le discours d'une fonction particulière attachée à chaque composante : connaître, juger, décider. La connaissance renvoie à ce qui est vrai. Le modèle scientifique sera alors mis en avant. Le jugement renvoie à ce qui est juste. C'est souvent la vérification (devoir rendre compte) qui sera mise en évidence. La décision renvoie à ce qui est opportun. Référence sera faite à la gestion ou à la politique. Chacune de ces fonctions renvoie à des pratiques théorisées qu'il est possible de situer dans le temps.

Avant de parcourir rapidement différents modèles d'évaluation avec

comme fil conducteur les trois fonctions identifiées, une remarque s'impose. L'approche historique centrée sur des modèles revient à privilégier une vision de l'évaluation comme un processus professionnalisé. Or, l'évaluateur professionnel est le plus souvent extérieur à l'action décidée et conduite par d'autres acteurs. Sa position le conduit d'emblée à considérer l'évaluation, non pas comme un phénomène continu, mais discontinu. La position des différents acteurs, leur « spécialisation » permet de comprendre l'apparente discontinuité de l'activité évaluative. Cette séparation des fonctions sera d'ailleurs d'autant plus grande que les programmes seront de plus grande ampleur et mobiliseront plus de personnes. Nous proposons de considérer à chaque fois les pratiques d'évaluation en regard de l'unité d'action que constitue le programme plus que par rapport à une unité de temps, de lieu ou de personne.

Années 1960 : l'évaluation se professionnalise

L'évaluation commence à faire l'objet de travaux scientifiques au XIXe siècle puis un tournant intervient dans les années 1930 *(voir encadré ci-contre)*. Au début des années 1960, le lancement de la course vers l'espace à la suite du succès soviétique va provoquer aux États-Unis une remise en cause des programmes éducatifs et une préoccupation vis-à-vis de l'efficacité de l'investissement public. L'évaluation devient un passage obligé de tout programme public. E. Monnier (5) analyse cette institutionnalisation de l'évaluation comme un double phénomène politique : d'une part, la volonté du gouvernement fédéral de contrôler les moyens financiers mis à la disposition des administrations locales et, d'autre part, la nécessité de justifier sa propre activité face au Congrès. L'évaluation devient une pratique systématique, principalement dans les domaines de l'éducation et de la santé. À cette demande croissante répond une véritable industrie de l'évaluation : sociétés privées fournissant des services contractuels, multiplication des journaux, des réseaux professionnels, des formations et des centres d'études.

Les années 1970 voient la multiplication des propositions de « modèles » d'évaluation. M. Scriven définit l'évaluation comme la détermination systéma-

De l'évaluation-inspection du XVIIIe siècle au tournant des années 1930

Aux XVIIIe et XIXe siècles, avec le développement de nos sociétés modernes, des systèmes d'évaluation d'actions et de programmes se mettent en place, comme l'inspection administrative dans les secteurs scolaires, sociaux, sanitaires ou la mise en place de commissions parlementaires chargées de juger de la qualité de programmes ou de politiques. Ces modalités d'évaluation mettent l'accent sur le jugement de valeur.

XIXe : l'évaluation des résultats par des outils méthodologiques

Pour certains spécialistes de l'évaluation, le but principal de l'évaluation est de produire de la connaissance. Cette importance accordée à l'information récoltée prend ses racines dans le XIXe siècle en partant de ce qu'E. Monnier[1] appelle « *le paradigme démographique* ». La vérité se conçoit à partir d'un examen macroscopique des phénomènes. C'est l'apport de la statistique, qu'elle concerne la santé, la sociologie, l'économie ou d'autres phénomènes. Même si l'évaluation n'est pas encore reconnue comme telle, les données descriptives sont utilisées pour expliquer certains phénomènes, attribuer une valeur ou prendre des décisions.

Le tournant des années 1930

L'évaluation dans le domaine de l'éducation prend son essor dans les années 1930, sous l'impulsion notamment de Ralph Tyler. Cet auteur est considéré aux États-Unis comme le père fondateur de l'évaluation de programme. L'approche de R. Tyler offre une coupure assez nette avec les pratiques précédentes. L'évaluation était alors centrée uniquement sur les étudiants et sur la mesure de leur succès. R. Tyler propose de ne plus comparer les résultats des élèves entre eux ou par rapport à une norme, mais de les mettre en relation avec un curriculum, c'est-à-dire un programme éducatif, un ensemble cohérent d'objectifs et de contenus éducatifs associés à des moyens humains et matériels planifiés dans le temps.
Après la Seconde Guerre mondiale, aux États-Unis, les outils et les techniques de l'évaluation connaissent un développement considérable : production de tests standardisés, conception de nouveaux plans expérimentaux et de nouvelles procédures statistiques.
Les scientifiques accumulent des données mais la réflexion sur le rôle de l'évaluation est pratiquement inexistante. L'évaluation reste peu mise en relation avec la qualité des services sociaux et leur amélioration.

1. *Monnier E.* Évaluations de l'action des pouvoirs publics : du projet au bilan. *Paris : Economica, 1987 : 169 p.*

tique et objective de la valeur ou du mérite d'un objet ou d'une action. L'évaluation est dite objective car elle utilise des instruments de collecte de données. C'est une activité méthodologique systématique. Deux concepts sont particulièrement attachés au nom de Scriven, celui d'évaluation indépendante des buts *(Goal-Free Evaluation)* et la distinction entre évaluation formative et sommative.

Ce qui apparaît aussi, c'est le débat très vif entre les positivistes/quantitatifs et les phénoménologistes/qualitatifs. Ce débat, très idéologique au début des années soixante, s'est ensuite transformé pour évoluer vers des positions plus pragmatiques cherchant à combiner les avantages réciproques des méthodes. Cependant, aucun modèle unificateur ne semble pouvoir rallier les différentes positions et approches. Au-delà des débats méthodologiques et épistémologiques, la fonction reconnue comme principale de l'évaluation est le recueil d'informations.

Années 1970 : évaluer pour décider

Bien que le meilleur de la communauté des évaluateurs soit mobilisé avec des moyens financiers importants et toutes les techniques disponibles, les résultats s'avèrent décevants sur l'amélioration du système social, et des voix s'élèvent pour mettre en doute l'efficacité de l'évaluation. L. Cronbach, en 1963, est un des premiers à faire remarquer le manque d'utilité des évaluations construites de manière expérimentale, utilisant des tests normatifs et ne proposant de résultats qu'à la fin des programmes. L. Cronbach conseille de ne plus évaluer les programmes entre eux mais de guider leur développement. Il ouvre ainsi la voie à une série de théoriciens de l'évaluation qui vont mettre en avant l'importance du jugement de valeur et de la décision. Elles conduisent à d'autres modèles et en particulier à une attention accrue à l'évaluation orientée vers les décisions à prendre puis sur les conditions qui font qu'une évaluation est utilisée ou non.

Dans un modèle caractéristique, l'évaluateur délimite son travail avec le décideur puis récolte et fournit les informations. « *L'évaluation en éducation est le processus par lequel on délimite, obtient et fournit des informations utiles permettant de choisir parmi les décisions possibles.* » D.L. Stufflebeam identifie différentes catégories de décision qui correspondent à différents types d'évaluation. C'est le modèle appelé CIPP *(Context, Input, Process, Product)*, où quatre types d'évaluations (évaluations du contexte, des intrants, du processus et des résultats) sous-tendent quatre types de décisions (décisions de planification, de structuration, de mise en application, de révision).

Années 1980 : évaluer pour changer

Que faire pour produire de bonnes évaluations qui soient utilisées ? Telle est la question que pose M. Patton. Il ne suffit pas de conseils tels que « *travailler étroitement avec les décideurs* » ou « *maintenir une distance pour garantir l'objectivité et la neutralité* ». Il faut des principes pragmatiques pour concevoir et mener des évaluations spécifiques.

L'originalité de la démarche de M. Patton tient à son approche empirique. En 1975, il décide d'étudier des exemples positifs d'utilisation. Il décrit vingt évaluations fédérales dans le secteur de la santé mentale, regarde comment elles ont été utilisées, identifie l'impact en termes de résultats, selon que l'évaluation a été prise en compte ou non. Ses travaux vont démentir l'hypothèse de l'absence d'impact significatif de l'évaluation. Il constate que l'évaluation a effectivement peu d'effets directs, immédiats, décisifs sur un programme. En revanche, l'évaluation externe peut jouer un rôle important d'influence, d'orientation, de consolidation si d'autres sources d'information confortent le diagnostic.

De cette étude, Patton va aussi retirer quelques principes pour mener autrement les évaluations et améliorer leur utilisation.

Ses recommandations sont les suivantes :
– identifier les décideurs de manière personnelle et pas comme un public abstrait ;
– identifier et préciser les questions d'évaluation pertinentes ;
– développer une attitude « active/réactive/adaptative » aussi flexible que possible face aux changements dans les buts et priorités politiques d'un programme ;
– ne pas se préoccuper de mesures quantitatives et de schémas expérimentaux mais décrire les variations et les processus d'implantation au moyen de méthodes qualitatives ou « naturalistes » ;
– tenter de construire une théorie de l'action du programme en termes de relation moyens-fins ;
– stimuler la participation des décideurs et praticiens dans les choix méthodologiques afin de les aider à comprendre et à croire dans les données ; les impliquer dans la publication des conclusions.

Un autre modèle est développé à cette époque par le *National Institute of Education* (NIE). C'est celui d'évaluation « *par ceux qui tiennent les enjeux* » *(Stakeholders)*. L'approche *stakeholders* met en avant l'implication des personnes tenant différentes positions dans la structure sociale des programmes, l'attention à leurs intérêts et besoins, une représentation de leurs priorités, un accent sur le *feedback* et la dissémination.

C.H. Weiss en fait une critique sévère. Pour elle, cette approche peut élargir le type d'information, le rendre plus pertinent. Mais elle ne peut augmenter la qualité des informations (des résultats non valides et non fidèles sont inutiles, même si les participants en sont heureux), ni l'usage dans des décisions spécifiques. Elle augmente la charge des évaluateurs en temps, en ressources et en attention. De plus, le pouvoir de décision n'est pas réparti de manière égale. Pour elle, jouer la participation est une illusion.

On le voit, les écarts entre une approche professionnelle de l'évaluation orientée principalement sur l'information et ceux d'une évaluation participante plus orientée vers la décision et l'amélioration endogène des programmes est considérable. Pourtant, les modèles d'évaluation basés sur la collaboration et la participation entre évaluateurs et acteurs vont se développer au cours des années 1990.

Années 1990 : un modèle adapté à l'éducation pour la santé

En 1996, J.B. Cousins, J.J. Donohue et G.A. Bloom (6), à partir d'une enquête menée aux États-Unis sur les opinions et pratiques d'évaluation basée sur la participation, comparent

différents modèles d'évaluation selon le niveau de contrôle de l'évaluateur sur les décisions techniques et le degré de participation des acteurs. Le modèle qui propose le plus de participation des acteurs et le moins de contrôle de l'évaluateur sur les décisions est celui de l'évaluation renforçante *(Empowerment Evaluation)* proposée, en 1993, par David Fetterman (7). Celui-ci la définit comme *« l'utilisation des concepts, des techniques et des découvertes de l'évaluation pour nourrir le développement et l'autodétermination »*. L'évaluateur est engagé aux côtés des acteurs. Ces rôles sont de former ; faciliter ; défendre ; éclairer ; libérer. Mais il faut réunir certaines conditions : un processus démocratique, une communauté d'apprenants, du temps. Elle intéresse particulièrement le secteur de la promotion de la santé et de l'éducation pour la santé, qui a fait de l'*empowerment* proposé par la charte d'Ottawa un principe fondateur de sa démarche. Ce modèle comme d'autres centrés sur la participation a maintenant droit de cité dans la communauté des évaluateurs. En 1996, Santé Canada a fait de l'évaluation participative son modèle de référence pour l'évaluation de projet. En 2004, la conférence de Berlin de la Société européenne d'évaluation proposait des ateliers sur la participation et l'apprentissage des organisations.

Et si tous les modèles étaient utiles ?

Si historiquement les différentes fonctions, connaître, juger et décider, sont apparues de manière distincte et spécialisée, les pratiques actuelles vont vers l'intégration de celles-ci. Dans cette perspective, tous les modèles peuvent nous apporter des leçons en fonction des méthodologies qu'ils ont développées. Mais le modèle social qui soustend la mise en place des programmes de promotion de la santé et d'éducation pour la santé est l'élément central qui transcende les techniques et les modèles et qui va orienter le choix éthique pour l'évaluateur comme acteur d'un programme (8).

L'évaluation comme apprentissage de l'action

La sociologie des organisations a fait progresser la compréhension de la gestion des problèmes sociaux. Celle-ci est un processus pluraliste jamais achevé, fait de négociations, de compromis entre protagonistes parfois peu complémentaires ou même franchement opposés. Ce processus progresse par phases « tourbillonnaires » comprenant des ébauches de solution, des actions qui sont reformulées en cours de route et qui demandent une évolution des objectifs et des moyens.

Un programme d'actions est un processus continu qui progresse s'il est soutenu par l'apprentissage de ses acteurs. L'évaluation peut se définir alors comme un processus d'apprentissage de l'action et l'évaluateur un acteur du programme dont le rôle premier est de soutenir ce processus d'apprentissage. Comme dans une situation éducative, l'évaluation et l'évaluateur ne sont utiles que s'ils renforcent cet apprentissage. L'appropriation de l'évaluation par les acteurs est l'élément fondamental de l'utilisation de celle-ci.

E. Monnier (5) le souligne. Le chargé d'évaluation ne peut plus être un évaluateur traditionnel, expert en méthodes et examinateur de la valeur d'un programme. Le chargé d'évaluation devient un maïeuticien, un méthodologue et un médiateur. Il est maïeuticien car il doit clarifier les questions des acteurs. Il doit dévoiler les enjeux sociaux et les valeurs, préciser les critères utilisables. Il doit engager les acteurs dans une démarche d'analyse et de compréhension de la situation. Il est méthodologue parce que son intervention vis-à-vis des acteurs doit être accompagnée, supportée par des informations les plus valides possible. L'évaluateur est souvent un garant de la crédibilité externe d'une action aux yeux de l'autorité publique. Il est, enfin, médiateur car l'évaluateur est engagé dans le processus politique. Il s'engage comme médiateur pour obtenir des compromis sur la définition des objectifs de l'évaluation, sur les informations prioritaires à recueillir. Il doit aussi découvrir et formuler les conclusions, les propositions qui permettent une approbation large et qui sont des compromis aussi pour la poursuite de l'action. L'évaluateur est un acteur. Et cet acteur intervient sur les trois composantes et les trois fonctions de l'évaluation.

Avec l'évaluation comme appui à l'apprentissage de l'action, nous pouvons progresser collectivement. Mais le développement de cette approche de l'évaluation n'est pas une question de choix individuel de l'évaluateur. Cela doit devenir un choix collectif partagé par tous les acteurs qu'ils bénéficient du programme, qu'ils le mènent ou qu'ils

le financent. C'est une approche qui fonctionne, qui est reconnue internationalement, nous devons cependant y investir et la développer. Y investir, car l'appui à l'évaluation interne a un coût : le temps des personnes qui s'y engagent et le temps des évaluateurs qui l'accompagnent et la facilitent. La développer car si des initiatives existent, nous pouvons faire plus et mieux. Pourquoi ne pas en faire un enjeu pour le développement des programmes régionaux de santé publique ? Il faut pour cela amplifier l'offre d'appui à l'évaluation par les acteurs en rassemblant les compétences en évaluation participative, négociée et accompagnée, en éducation pour la santé comme dans d'autres champs de l'action sociale.

Michel Demarteau
Docteur en santé publique,
responsable du secteur prévention
et promotion de la santé à l'Observatoire
de la santé du Hainaut, Belgique.

.

Références bibliographiques

(1) Shadish W.R. *Evaluation theory is who we are.* American Journal of Evaluation 1998; 19: 1-19.
(2) Demarteau M. A *Theoretical framework and grid for analysis of program-evaluation practices.* Evaluation 2002; 8(4): 454-73.
(3) Demarteau M. Les pratiques d'action en éducation pour la santé et leurs modes d'évaluation : réflexions critiques et questions pour la recherche. In : *Évaluer l'éducation pour la santé : concepts et méthodes.* Paris : INPES, coll. Séminaires 2002 : 35-50.
(4) Barbier J.-M. *L'évaluation en formation.* Paris : Puf, 1990 : p. 32.
(5) Monnier E. *L'évaluation de l'action des pouvoirs publics : du projet au bilan.* Paris : Economica, 1987 : 169 p.
(6) Cousins J.B., Donohue J.J., Bloom G.A. *Collaborative evaluation in North America: Evaluators'self-reported opinions, practices and consequences.* Evaluation Practice 1996;17(3): 207-26.
(7) Fetterman D.M. *Foundations of empowerment evaluation.* Thousand Oaks, CA: Sage Publications, 2001 : 192 p.
(8) Demarteau M. *Évaluer : une question d'éthique.* Saint-Denis : La Santé de l'homme 2000 ; n° 345 : 36-8.

Évaluer, pour soutenir l'innovation

Pour la Canadienne Louise Potvin, l'évaluation est l'élément essentiel, « la science de l'action », qui va permettre de faire évoluer toute pratique de promotion de la santé. C'est la reconnaissance de l'innovation qui soutient le potentiel de changement. L'innovation ne se mesure pas à l'aune d'indicateurs de santé, elle se construit sur l'environnement social et la remise en question permanente des pratiques[1].

La notion d'évaluation comporte plusieurs sens. Dans son acception la plus simple, l'évaluation est l'appréciation des actions humaines dans un contexte. C'est une rétroaction, fondée sur des valeurs, par rapport à une action précise. Dans son acception la plus sophistiquée, la recherche évaluative, l'évaluation :

– couvre plusieurs années, voire des décennies ;
– mobilise une quantité importante de ressources humaines et matérielles pour concevoir et mettre en application un système complexe d'activités visant à définir, recueillir, analyser et interpréter un grand nombre de données concernant un système d'actions organisées ;
– et génère des connaissances à propos de plusieurs aspects des interventions.

La connaissance ainsi produite peut éventuellement influencer la pratique de milliers de professionnels et, ultimement, la santé de centaines de milliers de personnes.

Selon M. Mark et ses collègues (1), l'évaluation est ce qui permet de comprendre ce qui se passe dans un programme. Puisque les programmes sont un élément inhérent et intimement lié à la promotion de la santé (2), l'évaluation s'avère donc nécessaire à la transformation des pratiques dans ce domaine. Deux rôles peuvent être dévolus à l'évaluation au regard de la promotion de la santé. Le premier réfère à l'évaluation *DE* la promotion de la santé et vise à accroître l'efficacité des interventions par la sélection des interventions qui démontrent des effets. Ce rôle est largement défendu par les associations professionnelles qui souhaitent que la promotion de la santé soit davantage utile aux concepteurs de politiques publiques (3, 4). L'autre rôle réfère à l'évaluation *DANS* la promotion de la santé. Il consiste à soutenir l'élaboration de pratiques novatrices dans une optique d'apprentissage collectif (5). C'est à ce second rôle que L.W. Green (6) associe le développement de *« practice based evidence »,* en opposition au concept de pratiques fondées sur les données probantes, que nous explorons dans cet article.

L'importance de soutenir l'innovation par l'évaluation

Trois raisons au moins justifient l'importance de soutenir l'innovation par l'évaluation. D'abord, les programmes bien définis ne constituent qu'une infime partie des pratiques en promotion de la santé, et ces programmes correspondent habituellement assez peu aux pratiques novatrices préconisées par la charte d'Ottawa (7). Ensuite, pour adopter l'approche participative privilégiée en promotion de la santé, les praticiens doivent travailler à partir des préoccupations et des capacités des milieux locaux (8). Dans ces cas, les programmes bien testés ayant une efficacité démontrée constituent, au mieux, un bon point de départ pour concevoir des interventions qui pourront ensuite s'orienter différemment pour s'adapter aux circonstances locales. Malheureusement, très peu d'études documentent le rôle et la contribution de ces alliances à l'efficacité des programmes. Enfin,

le fait d'identifier un problème localement, même lorsque ses causes sont scientifiquement connues, ne signifie pas que les interventions peuvent être facilement disponibles ou mises en place dans ce contexte. En effet, les composantes d'un programme sont toujours solidement imbriquées dans l'environnement social, à travers un réseau dense d'alliances. Ainsi, pour nombre de personnes, le contexte social est considéré comme aussi important, sinon plus, que les aspects techniques de l'application du programme (5).

Par exemple, dans leur étude sur les origines d'un projet scolaire et communautaire de prévention du diabète au sein d'une communauté autochtone, S.L. Bisset et ses collaborateurs (9) ont constaté que les résultats d'études épidémiologiques révélant une forte prévalence des facteurs de risque du diabète et de ses éventuelles complications, ainsi que les connaissances scientifiques au sujet des facteurs de risque de diabète, n'ont contribué que partiellement à la planification et à la mise en œuvre du programme. C'est surtout grâce à l'excellente connaissance de la communauté qu'avaient les aînés et les leaders locaux des réseaux communautaires existants et de l'histoire locale que les éléments spécifiques du programme ont pu être conçus et la population cible bien identifiée. Tout au long de l'intervention, un comité consultatif de la communauté, considéré comme le principal responsable du projet (10), a joué un rôle déterminant dans son orientation afin que celui-ci corresponde bien aux valeurs locales et aux connaissances traditionnelles en matière de santé.

Ajuster en permanence les pratiques

Dans la réalité quotidienne des programmes de promotion de la santé, le choix et la mise en œuvre des interventions ne sont pas simplement le résultat de choix raisonnés éclairés par la recherche scientifique. Ils sont fortement influencés par un processus continu de négociations et d'ajustements. Le but d'un tel processus est d'établir une convergence entre :
– la connaissance scientifique théorique et empirique au sujet du problème identifié et des interventions efficaces pour le solutionner ;
– la connaissance subjective des individus à propos du problème, de ses causes et de ses conséquences sur leur vie, et à propos de leur communauté et de ses forces ;
– et les valeurs et normes locales concernant la situation. Le résultat d'un tel processus est une innovation socialement construite dans laquelle les pratiques sont continuellement modifiées par un réseau touffu d'interactions sociales qui construisent le programme. Cela exige de l'évaluation qu'elle ait une fonction réflexive qui stimule la capacité des intervenants dans le programme d'assimiler la connaissance qui leur est fournie et d'agir en retour sur cette connaissance (7). Un des rôles essentiels de l'évaluation est donc de systématiser et de faciliter la fonction réflexive des programmes afin d'éclairer le processus par lequel ils deviennent des innovations locales et de soutenir leur potentiel de changement.

Développer une « science de l'action »

Alors que l'évaluation de la promotion *DE* la santé commence à se développer, l'évaluation *DANS* la promotion de la santé tarde encore à pénétrer le champ. On a un peu l'impression lorsque l'on côtoie la littérature évaluative en promotion de la santé, que la traduction du résultat d'études épidémiologiques en action transformatrice des conditions associées à la santé s'opère presque magiquement. Que le seul rôle de la recherche est *a posteriori,* pour assurer que cette traduction porte fruit. Nous croyons au contraire qu'il faut développer une « science de l'action », que l'action sur les conditions qui mènent à la santé se précise et s'affine par approximations successives. Dans ces circonstances, lorsque couplé à un système d'action qui se réfléchit en se faisant, l'évaluation devient la science de base pour faire évoluer la promotion de la santé.

Louise Potvin
Chaire (IRSC-FCRSS) Approches communautaires et inégalités de santé, université de Montréal, Montréal, Québec (Canada).

1. Ce texte reprend une partie des arguments développés dans : Potvin L., Golberg C. Deux rôles joués par l'évaluation dans la transformation des pratiques en promotion de la santé. In : O'Neill M., Dupéré S., Pederson A., Rootman I. Promotion de la santé au Canada et au Québec, perspectives critiques. *Québec : Presses de l'université Laval, 2006 : 457-73.*

Références bibliographiques

(1) Mark M. M., Henry G.T., Julnes G. *Evaluation. An integrated framework for understanding, guiding, and improving public and non profit policies and programs.* San Francisco: Jossey Bass, 2000: 416 p.
(2) Potvin L., Haddad S., Frohlich K.L. Beyond process and outcome evaluation: A comprehensive approach for evaluating health promotion programmes. In: Rootman I., Goodstadt M., Hyndman B. *et al. Evaluation in health promotion. Principles and perspectives.* Copenhague: WHO regional publications. European series 2001; 92: 45-62.
(3) Zaza S., Briss P.A., Harris K.W. *The guide to community preventive services. What works to promote health.* New York: Oxford University Press, 2005: 542 p.
(4) International Union for Health Promotion & Education. *The evidence of health promotion effectiveness. Shaping public health in a new Europe.* Part two, evidence book. Brussel, Belgium: ECSC-EC-EAEC, 1999.
(5) Bilodeau A., Chamberland C., White D. *L'innovation sociale, une condition pour accroître la qualité de l'action en partenariat dans le champ de la santé publique.* Revue canadienne d'évaluation de programme 2002 ; 17 : 59-88.
(6) Green L.W. *Public health asks of systems science: to advance our evidence-based practice, can you help us get more practice-based evidence?* American Journal of Public Health 2006; 96(3): 406-9.
(7) Potvin L., Gendron S., Bilodeau A., Chabot P. *Integrating social science theory into public health practice.* American Journal of Public Health 2005; 95: 591-95.
(8) Israel B.A., Schulz A.J., Parker E.A., Becker A.B. *Review of community-based research: assessing partnership approaches to improve public health.* Annual Review of Public Health1998; 19: 173-202.
(9) Bisset S.L., Cargo M., Delormier T., Macaulay A.C., Potvin L. *Legitimising diabetes as a community health issue: a care analysis of the Kahnawake Schools Diabetes Prevention Project.* Health Promotion International 2004; 19: 317-26.
(10) Cargo M., Levesque L., Macaulay A.C. *et al. Kahnawake Schools Diabetes Prevention Project (KSDPP) community advisory board. Community governance of the Kahnawake Schools Diabetes Prevention Project, Kahnawake Territory, Mohawk Nation, Canada.* Health Promotion International 2003; 18: 177-87.

Évaluation mode d'emploi

Quand évaluer une action d'éducation pour la santé ? Pourquoi et comment ? Francis Nock, consultant et formateur, établit une feuille de route que le porteur de projet pourra utiliser pour toute évaluation. Il liste les étapes incontournables à respecter, rappelle les impératifs de rigueur et transparence. Et souligne un objectif majeur : l'évaluation mesure l'efficacité d'une action, elle permet donc de l'améliorer.

La première question qui se pose est celle du calendrier : quand faut-il évaluer ? Dès la conception du projet. Quand l'évaluation est partie prenante de la naissance du projet, tout en est facilité : le diagnostic de départ, la rédaction des objectifs, le choix de la méthode et des outils d'évaluation, etc. C'est encore trop rarement le cas, et c'est particulièrement vrai aujourd'hui pour les programmes régionaux de santé publique. Mais si le projet est déjà sur les rails, et même s'il est en voie d'achèvement, l'évaluation est possible et souhaitable. La seule contre-indication à la pratique de l'évaluation serait la situation de crise. Quand rien ne va plus dans l'équipe, ou entre les financeurs et les opérateurs, une autre démarche d'analyse, de type audit, serait préférable.

La deuxième question, tout aussi importante, est : pourquoi voulons-nous évaluer ? On peut résumer les multiples raisons pour lesquelles une équipe se lance dans l'aventure de l'évaluation en trois motivations : pour mieux rendre compte de ce que l'on fait, pour améliorer l'action ou le programme, pour connaître l'efficacité de l'action ou du programme. Ces trois motivations entraînent des pratiques d'évaluation différentes, même si les étapes de l'évaluation restent les mêmes (*voir tableau ci-contre).*

Les trois motivations que nous avons distinguées entraînent bien des pratiques évaluatives différentes, même si les étapes de l'évaluation sont les mêmes.

• Dans le premier cas : « évaluer pour rendre compte de ce que l'on fait », il s'agit de produire un système d'information fiable et adapté qui facilite le pilotage de l'action ou du programme.

• Pour la deuxième motivation : « évaluer pour améliorer ce que l'on fait », l'évaluation s'apparente à l'approche qualité, et insiste sur une analyse fine du processus, soumise au regard croisé des acteurs et des personnes bénéficiaires de l'action.

• Dans le troisième cas : « évaluer pour savoir si l'action est efficace », il s'agit, sans chercher à établir scientifiquement la preuve que l'intervention a produit des changements favorables à la santé, de révéler les modifications survenues à l'issue de l'action ou du programme.

Il reste une dernière motivation pour évaluer : « savoir si le coût de l'action était justifié ». C'est l'évaluation de l'efficience, c'est-à-dire de la relation entre les résultats produits et les crédits engagés. Elle reste à l'appréciation des décideurs de santé publique. Mais, pour qu'ils puissent juger en toute connaissance de cause, les acteurs doivent pouvoir leur dire :
– ce qu'ils font (prestations offertes) ;
– auprès de qui et où ;
– si les activités menées correspondent aux besoins de la population ;
– si la population en est satisfaite ;
– si l'action se déroule en respectant les référentiels établis ;
et/ou
– si des changements favorables à la santé peuvent être constatés.

Francis Nock
Consultant en santé publique,
Responsable pédagogique de l'Atelier de l'évaluation en prévention et promotion de la santé de Poitiers.

Les étapes de l'évaluation selon trois types de motivation

Étape 1 **Choix des motifs** Pourquoi évaluer ?	**Pour mieux rendre compte de ce que l'on fait**	**Pour améliorer l'action ou le programme**	**Pour savoir si l'action ou le programme est efficace**
Étape 2 **Choix de l'objet** Que va-t-on évaluer ? Quel est l'objet de l'évaluation ?	• l'activité et son évolution • la population rejointe • la couverture géographique	• la satisfaction des besoins de la population • les freins et les leviers • les facteurs de progrès	• les modifications survenues dans : – la situation des publics – les pratiques des acteurs – l'environnement
Étape 3 **Choix des acteurs** Qui va piloter et qui va réaliser l'évaluation ?	• acteurs internes : – pilotage politique – réalisation technique • expertise externe si nécessaire	• acteurs internes • participation du public destinataire essentielle • expertise externe si nécessaire	• acteurs/décideurs/destinataires • expertise externe conseillée
Étape 4 **Choix des questions évaluatives** Que veut-on savoir ? Que veut-on connaître ?	• les caractéristiques de la population touchée • la répartition sur le territoire • la définition précise de l'activité • l'évolution de l'activité • les adaptations à apporter • etc.	• le degré de satisfaction : – du public destinataire – des acteurs – des partenaires • la vérification du respect de normes (participation, approche globale, référentiel connu…) • les marges de progrès • etc.	• le degré d'atteinte des objectifs • l'appropriation du projet par les acteurs, la population… • l'évolution de la situation de départ • etc.
Étape 5	Validation des questions évaluatives par l'instance adéquate Définition d'un cahier des charges et lancement d'un appel d'offres si apport externe Définition des règles d'utilisation et de diffusion des résultats		
Étape 6 **Choix des méthodes et des outils** Comment recueillir les données nécessaires à l'évaluation ?	• définition d'indicateurs d'activité pertinents • création d'outils de recueil intégrés aux outils de travail existants • définition de tableaux de bord • élaboration de protocoles de recueil de données • choix d'une périodicité pour le recueil (continu ou sur un temps donné)	• définition d'un groupe de travail associant acteurs et destinataires • définition des modalités d'interrogation des destinataires, des acteurs, des partenaires • élaboration des outils de recueil (questionnaire, observation, guide d'entretien individuel ou de groupe…) • élaboration de protocoles pour le recueil de données • choix d'un calendrier	• choix des méthodes : quali ou quanti, modalités de recueil des données (privilégier avant-après) • définition des temps de recueil • élaboration des outils de recueil (questionnaire, observation, guide d'entretien individuel ou de groupe…) • définition du mode de traitement des données, choix d'un prestataire si nécessaire (saisie et production de tableaux statistiques…)
Étape 7	Validation des méthodes et des outils par l'instance adéquate		
Étape 8 **Test des outils** Les outils choisis sont-ils valides ?	• expérimentation par l'équipe • analyse de la faisabilité (réticences, contraintes, appropriation…) • analyse de la validité (les données produites reflètent-elles l'activité ? • ajustements si nécessaire	• présentation de la méthode et des outils à l'équipe et à des représentants du public destinataire • analyse de l'acceptabilité (réticence et adhésion) • essai des outils par des « naïfs » • ajustements si nécessaire	• test des outils par des « naïfs » extérieurs au projet ou par une petite partie du public • analyse de la validité • ajustements si nécessaire
Étape 9 **Recueil des données**	Respect du calendrier et des protocoles établis. Si nécessaire, formation des personnes qui effectuent le recueil de données. Rigueur et neutralité		
Étape 10 **Traitement et analyse des données**	• production de données en routine, sous la forme de tableaux et représentations graphiques	• synthèse des données produites • analyse de contenu, données chiffrées • établissement de listes : freins, leviers, facteurs de progrès	• saisie et analyse des données chiffrées, commentaires, significativité… • analyse de contenu pour les données qualitatives
Étape 11 **Discussion** Qu'avons-nous appris ? Que pouvons-nous en déduire ?	• analyse commentée des résultats par période et de l'évolution dans le temps, par l'équipe et le comité de pilotage • apport d'un regard extérieur si nécessaire • comparer le cas échéant plusieurs exercices	• croiser les regards des acteurs et des bénéficiaires • produire des hypothèses d'amélioration • discuter avec les décideurs des options possibles pour améliorer l'action	• analyse commentée des résultats • comparaison si possible avec d'autres résultats (littérature, projets similaires) • production d'un jugement sur l'efficacité
Étape 12 **Conclusions**	Résumé des enseignements tirés de l'évaluation Élaboration de recommandations Présentation aux instances de décision techniques ou politiques suivant le cas		
Étape 13 **Diffusion des résultats**	Rapport complet : aux financeurs et décideurs de santé publique, aux partenaires impliqués. Déposer un rapport dans les centres de formation concernés (universités, écoles, etc.) Restitution aux acteurs locaux susceptibles d'être intéressés, au public destinataire si possible Médiatisation plus large pour faire connaître l'action Communication (colloques, conférence de santé, etc.)		

Retour sur l'évaluation de vingt-deux « lycées non-fumeurs »

En 2003, soit quatre ans avant l'interdiction législative, vingt-deux lycées volontaires sur le territoire français se sont engagés dans l'opération « Lycées non-fumeurs ». Une évaluation coordonnée par l'Observatoire français des drogues et des toxicomanies a été lancée dès le début de l'opération. Méthode et résultats.

À la rentrée 2003**,** les ministères chargés de l'Éducation nationale et de la Santé ainsi que la Mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie (Mildt) lancent l'opération « Lycées non-fumeurs » (LNF), avec l'appui de l'Assurance Maladie, l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES) et l'Action et documentation santé pour l'Éducation nationale (Adosen). Le but est de promouvoir un modèle de lycée exempt de tout tabagisme, tant pour les élèves que pour les personnels, dans un délai de cinq ans, grâce à une modification du règlement intérieur et un renforcement *intra muros* de la prévention (débats interactifs, expositions, conférences, etc.) et de l'aide à l'arrêt du tabac (test de dépendance, substituts nicotiniques, orientation vers les centres de soin). Dès sa conception, et dans l'hypothèse de son extension, l'opération « LNF » s'accompagne d'une évaluation générale dont la coordination est confiée à l'Observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT).

Deux enquêtes à trois ans d'intervalle

L'évaluation poursuit deux objectifs :
– mesurer les effets de l'opération sur les pratiques, connaissances et opinions des élèves et enseignants, donc en apprécier l'efficacité ;
– cerner les facteurs de réussite et les freins, afin de nourrir la réflexion sur la pertinence et les moyens d'étendre l'opération.

Cette évaluation s'appuie principalement sur une double enquête menée au lancement de l'opération (décembre 2003), puis au bout de deux ans (décembre 2005) afin de mesurer les éventuelles évolutions. L'enquête a été conduite par un cabinet indépendant (IOD) au moyen d'un questionnaire autoadministré, dans chaque lycée et auprès de toutes les personnes présentes le jour de l'investigation. Environ quinze mille élèves, quatre mille membres du personnel ainsi que les vingt-deux chefs d'établissement ont été interrogés à chaque vague d'enquête.

Des résultats nuancés en dehors du lycée

Tout d'abord l'enquête montre que l'interdiction a été mise en œuvre diversement : ainsi, en 2005, sept établissements sur vingt-deux interdisent à toute personne de fumer (conformément aux objectifs nationaux) et sept autres l'interdisent aux seuls élèves. Dans ces lycées, contrairement à ce que l'on pouvait craindre, l'interdiction n'a pas conduit les élèves à fumer davantage « en cachette » ni à compenser pendant les jours sans lycée. Au final, les élèves sont bien moins nombreux à fumer dans l'enceinte des lycées (43 % en 2005 *vs* 61 % en 2003) mais sont plus nombreux à fumer aux abords. Les résultats sur le tabagisme général des élèves sont en revanche plus modestes. Parmi eux, de 2003 à 2005, la part des fumeurs n'a que légèrement baissé (33 % *vs* 31 %) ainsi que les fréquences de consommation. Chez les personnels, la part des fumeurs a aussi légèrement baissé (de 28 % à 26 %) mais les niveaux de consommation sont stables du fait d'un report des consommations hors des temps scolaires.

L'un des principaux facteurs de réussite d'une telle opération est certainement le climat favorable dû au volontarisme des chefs de ces établissements pilotes. Or, aujourd'hui, l'interdiction stricte du tabac posée par la loi semble

davantage incitative. On relève aussi entre autres points forts : l'intégration d'experts externes et d'élèves dans l'équipe projet, la sensibilisation des personnels, une politique de prévention ciblant le développement des compétences psychosociales.

Les garanties de l'évaluation

L'évaluation a satisfait à certains principes organisationnels pour répondre au mieux aux attentes dirigées vers elle, aux exigences de qualité et au respect des personnes :

• *Distanciation.* Le pilotage de l'évaluation, tripartite, a rassemblé les commanditaires nationaux, deux experts externes : l'évaluateur (IOD) et un coordinateur (OFDT), d'où son originalité. L'Observatoire a hiérarchisé et formalisé les questionnements des parties prenantes puis validé en conséquence la méthode d'évaluation définitive.

• *Pluralité.* Des temps d'échanges, notamment en comité de pilotage, ont permis d'intégrer de façon raisonnée les différents intérêts. De plus, l'organisation précoce de l'évaluation a permis à l'OFDT d'assister au montage de l'opération, donc de bien saisir les enjeux respectifs des acteurs nationaux et de terrain.

• *Intégrité.* L'analyse a été menée de façon anonyme afin de préserver l'intégrité des personnes physiques et morales (des lycées). Au préalable, la méthode d'enquête avait obtenu un avis favorable de la Cnil.

• *Transparence.* Les établissements ont été informés dès le lancement de l'opération « LNF » de la conduite et de la teneur de l'évaluation. Chacun a reçu ses résultats propres et a pu les commenter, en annexe du rapport d'évaluation publié en septembre 2006.

Carine Mutatayi
Chargée d'études « Évaluation des politiques publiques », Observatoire français des drogues et des toxicomanies, Saint-Denis-La Plaine.

Bibliographie

• Driard V., Branellec T. *Évaluation de l'expérimentation « Lycées non-fumeurs ».* Saint-Denis : OFDT, 2006 : 147 p.
En ligne : http://www.ofdt.fr/ofdtdev/live/publi/rapports/rap06/epfxvdm9.html

Vingt-cinq collèges d'Aquitaine évaluent leur action de prévention du tabagisme

Dans la région Aquitaine, les professionnels de vingt-cinq collèges ont été formés pour conduire des actions de prévention du tabagisme et d'éducation pour la santé. Trois cents actions ont été menées depuis 2005. Comment évaluer ce type de programme ? Voici la méthode retenue, les résultats de l'évaluation, ses forces et ses faiblesses.

Le projet régional « Vingt-cinq collèges d'Aquitaine se mobilisent pour la prévention du tabagisme » est mis en œuvre, depuis 2003, par le réseau des comités d'éducation pour la santé d'Aquitaine. Y participent en tant que partenaires la direction régionale des Affaires sanitaires et sociales (Drass), le rectorat de l'académie de Bordeaux, les inspections académiques et l'Institut de santé publique Épidémiologie et Développement (Isped). Le projet est financé par l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES) dans le cadre du Plan cancer.

L'objectif est de promouvoir la santé des jeunes par la mise en œuvre, dans chacun des vingt-cinq collèges (cinq par département), de projets de prévention du tabagisme pendant trois ans selon une démarche participative. Au-delà de la seule prévention du tabagisme, il s'agit, par une approche globale, de les aider à traverser l'adolescence et à avancer dans leur projet de vie. Ce projet s'articule autour des trois axes suivants :

– une formation-action d'une équipe pluridisciplinaire de trois à cinq personnes par établissement a permis à 88 adultes-relais d'être formés à la méthodologie de projet en éducation pour la santé ;

– le soutien méthodologique à la mise en œuvre des projets assuré par les chargés de projet de chaque Codes veille à l'implication des jeunes. Les équipes ont bénéficié d'un accompagnement continu sur site ainsi que de deux rencontres départementales de suivi par an ;

– le réseau des Codes assure la communication et la valorisation des actions réalisées afin d'entraîner d'autres établissements dans cette dynamique de projet. Pour cela, une demi-journée d'échanges et de valorisation a été réalisée en octobre 2006 et des informations sur le projet de chaque collège sont disponibles sur le site Internet (www.educationsante-aquitaine.fr). De leur côté, les collèges ont été invités à exposer leurs projets lors des différentes réunions interétablissements existantes.

Deux évaluations

Des évaluations sur les processus et les résultats ont été menées sur 2004-2006 avec la contribution de l'Isped. La première évaluation – par questionnaire individuel à destination des adultes et des élèves – a mesuré le degré d'implication des équipes éducatives et des élèves dans les actions, ainsi que leur appréciation des actions mises en œuvre. Le questionnaire destiné aux adultes a permis de connaître le profil des personnes s'engageant dans des projets d'éducation pour la santé, ainsi que les actions qu'ils ont menées avec les jeunes. Le questionnaire destiné aux élèves a permis d'obtenir leur avis sur

les actions réalisées, leur niveau de connaissance sur le tabac, leurs modifications d'opinions et comportements, leur liberté d'expression.

La seconde évaluation, sous forme d'entretiens collectifs avec les adultes, avait pour objectif d'amener les équipes éducatives à faire un bilan du projet. Ont été évaluées : les capacités des équipes à mener des projets sur le thème du tabagisme mais aussi sur d'autres thèmes de santé, les actions réalisées et, enfin, la perception des principes de l'éducation pour la santé par les équipes.

Bilan critique

Un séminaire de travail regroupant les Codes, l'Isped et les vingt-cinq collèges a ensuite dressé le bilan critique de ces évaluations pour pouvoir valider le protocole d'action et d'évaluation par consensus. Le niveau de participation des diverses composantes des communautés éducatives (santé/social, enseignants, administration/encadrement) a été interrogé à plusieurs reprises afin d'apprécier son évolution dans le temps. En trois ans, les équipes se sont étoffées : quatre-vingt-huit personnes formées en année 1, cent trente-trois personnes engagées dans des projets en année 2 et cent cinquante-quatre en année 3. La pluridisciplinarité imposée pour s'engager dans ce programme a été respectée tout au long des trois années, et 83 % des équipes ont déclaré en année 2 que cette pluridisciplinarité avait facilité l'action.

À l'issue de la formation, près de 90 % des adultes investis dans le projet s'estiment en capacité de mettre en œuvre leur projet de prévention du tabagisme. En année 3 (2005-2006), ce chiffre est stable et 65 % s'estiment capables de mettre en œuvre un projet sur d'autres thèmes de santé. Entretemps, les équipes ont élargi leur projet de prévention à un travail plus général de promotion de la santé. Retenons que l'engagement des personnes dans un tel programme requiert différentes ressources : un apport méthodologique suivi dans le temps (la formation-action initiale a clairement lancé la mobilisation et les rencontres départementales l'ont entretenue), une aide à la construction du projet, l'identification de partenaires, de la documentation, des outils d'intervention. Persiste encore la demande de savoirs scientifiquement validés sur les thèmes de santé à développer.

Briser le tabou du tabac

Le bilan des actions a été dressé sur deux années scolaires (2004-2005 et 2005-2006). Trois cent vingt et une actions ont été menées : réalisation d'une pièce de théâtre, reportages vidéo, journaux santé, intervention de professionnels extérieurs, etc. Elles ont eu lieu pendant les cours, entre 12 h et 14 h, lors de journées banalisées, en itinéraires de découverte, en soirées. Des élèves se sont impliqués dans des comités de pilotage et des clubs santé, ont formulé des propositions d'actions ou réalisé diverses productions. Le programme scolaire et l'âge d'entrée dans le tabagisme ont amené à privilégier le niveau 5e. Du point de vue qualitatif, 62 % de ces actions sont jugées reproductibles[1] par les adultes.

L'appréciation des actions – par les adultes des établissements scolaires investis dans le projet comme par les élèves – révèle qu'elles ont certes apporté des informations mais aussi influencé les opinions et les comportements ; notamment des non-fumeurs qui disent avoir renforcé leur détermination à ne pas fumer. Le tabac a pu devenir davantage un sujet de discussion avec l'entourage, et des élèves ont été valorisés par leur engagement dans des actions. En année 2, 53,4 % des 1 873 élèves interrogés disent s'être exprimés librement, ce qui peut être attribuable à la pédagogie active proposée dans la démarche d'éducation pour la santé. 34,7 % disent ne pas avoir pu s'exprimer librement. Leurs commentaires témoignent de manque de confiance, de crainte de parler en public et de docilité scolaire. Notons que les établissements ont su concilier l'implication de quelques-uns en groupes restreints et la sensibilisation du plus grand nombre sous forme de forum santé, par exemple.

En conclusion, l'évaluation permet de pointer les conditions de réussite de ce type de programme d'éducation pour la santé en milieu scolaire :
– l'appui de la direction ;
– l'inscription du projet de prévention dans le projet d'établissement ;
– une équipe pluriprofessionnelle formée et motivée ;
– le soutien des professionnels des Codes ;
– la valorisation du travail effectué ;
– une bonne communication et logistique ;
– disposer de… temps !

Les débats au sein du comité de pilotage et le bilan évaluatif laissent penser que pour reproduire ce type de programme, il reste à définir avec l'Éducation nationale sa durée optimale et à imaginer une contractualisation. Un conventionnement entre le Codes et le Comité d'éducation à la santé et à la citoyenneté (Cesc) pourrait donner une plus grande légitimité à ces projets d'éducation pour la santé.

Aurélie Alvarez
Chargée de projet en éducation
pour la santé, coordinatrice du projet
« 25 collèges », Craes-Crips Aquitaine,
Bordeaux.

1. Possibilité d'avoir accès à la grille d'évaluation sur demande au Craes-Crips Aquitaine.

Aquitaine : les « ateliers santé » au banc d'essai

En région Aquitaine, des ateliers santé au bénéfice de personnes en difficulté ont été organisés à partir d'un cahier des charges précis incluant une dimension éthique. Ces ateliers ont ensuite été évalués – positivement – à l'issue d'une longue démarche. En voici la méthode, qui pourrait être utile à d'autres porteurs de projets similaires.

En septembre 1998, la circulaire d'application des programmes régionaux d'accès à la prévention et aux soins (Praps) proposait aux comités d'éducation pour la santé de réaliser avec des populations « précaires » des travaux de groupe sous forme d'atelier santé. Par « l'expression et l'exercice de la créativité », était visé « le retour à la confiance en soi », « la recréation du lien social », « la préservation du capital santé » et « l'accès au système de soins ». Le réseau des comités départementaux et du comité régional d'éducation pour la santé d'Aquitaine, s'appuyant sur une expérience de groupes de parole « santé » notamment en milieu carcéral, proposa, fin 1998, à la direction régionale des Affaires sanitaires et sociales (Drass) et aux cinq directions départementales des Affaires sanitaires et sociales (Ddass), la création d'un programme régional d'ateliers santé.

Déroulement du programme

Ce programme s'est déroulé en quatre phases :

• *expérimentation (1999-2000) :* définition d'un premier projet, recrutement et formation de cinq éducateurs santé à mi-temps, mise en œuvre d'un premier ensemble d'ateliers santé auprès de publics choisis par chacune des Ddass, première évaluation descriptive ;

• *formalisation de la prestation et de son évaluation à l'échelon régional (2001-2002) :* élaboration concertée, à l'instigation de la Drass et en collaboration avec les Ddass et les caisses primaires d'Assurance Maladie, d'un « cahier des charges » définissant l'atelier santé et d'un « protocole d'évaluation régionale », mise en œuvre du programme et évaluation d'une deuxième gamme d'ateliers santé ;

• *remaniement de la prestation et de son évaluation (2003-2004),* dans le cadre du Praps 2e génération : reformulation du cahier des charges et simplification du protocole d'évaluation, mise en œuvre d'une 3e série d'ateliers santé, évaluation régionale en mars 2004 ;

• *départementalisation du programme (à partir de 2004),* les ateliers santé se sont déroulés dans les départements ; actuellement, ils se poursuivent dans deux d'entre eux (Dordogne et Landes) sur les cinq que compte la région, faute de financement. Par ailleurs, il y a eu un transfert de la méthodologie de projet-évaluation de « groupe de parole-santé » dans d'autres programmes de formation et d'intervention.

Cahier des charges

Le « cahier des charges » de l'atelier santé précise trois grands objectifs :

1. aider les participants à prendre conscience de leur santé ;
2. aider les participants à préserver et à développer les ressources nécessaires pour être acteurs de leur santé.

Ces deux premiers objectifs – décomposés chacun en trois sous-objectifs – sont concrétisés par la mise en place *« des groupes de parole et d'action rassemblant les destinataires en effectifs restreints. Le travail éducatif mené dans ce type de groupe permet un accompagnement "prévenant" des personnes, prenant réellement en compte les situations qu'ils vivent, leurs façons d'y faire face, leurs modes de vie. L'appui sur une dynamique de groupe restreint permet de faire émerger, à partir des préoccupations des personnes, leurs questions, de mettre en tension les points de vue des uns et des autres, de favoriser ainsi interrogation personnelle et appropriation particulière des sujets abordés et des informations données. » ;*

3. développer la dynamique de l'éducation pour la santé auprès des professionnels accompagnant les participants aux ateliers santé. Ce troisième objectif – lui-même décomposé en quatre sous-objectifs – se met en œuvre par des procédures *« associant ces professionnels au pilotage et à l'évaluation des ateliers santé, les impliquant dans les actions collectives que pourront éventuellement réaliser les participants, leur apportant des éléments de formation à la promotion de la santé et à l'éducation pour la santé ou les mettant en situation de coanimation ».*

Protocole

Le « protocole d'évaluation » s'attache à vérifier le degré d'atteinte des objectifs posés. Dans sa première version, il fixait, pour chaque objectif intermédiaire, des critères et des indicateurs, observables et mesurables, pour l'évaluation. Pour chaque grand objectif, des tableaux synoptiques détaillaient les objectifs intermédiaires, avec leurs critères et leurs indicateurs et les objectifs opérationnels. Des outils de recueil des données étaient ensuite présentés. Expérience faite, les ateliers santé du Praps 2e génération ont été soumis à une procédure d'évaluation simplifiée. Les critères et les indicateurs d'évaluation ont été intégrés directement dans les outils de recueil des données : un questionnaire autoadministré, rempli par les bénéficiaires en dernière séance ; une grille d'évaluation pour les professionnels des structures d'accueil des ateliers ; une grille d'analyse évaluative pour les chargés d'ateliers. Pour l'évaluation régionale, un tableau synoptique nouveau a été construit par le chargé d'évaluation.

L'évaluation de processus se fait à partir des objectifs opérationnels, l'éva-

luation de résultats à partir des objectifs intermédiaires. Prenons, pour exemple, l'atteinte du premier objectif général, visant la prise de conscience de l'importance de la santé par les bénéficiaires et passant par la réalisation de trois objectifs intermédiaires : favoriser l'expression des représentations mentales, questionner les attitudes et les conduites, faire prendre conscience que l'on peut agir sur sa santé. La modalité opérationnelle est la mise en œuvre d'un travail en groupe restreint.

Évaluation du processus

L'évaluation du processus a été faite par la prise en compte de la tenue effective des ateliers et par le degré de développement de leur dynamique interne de groupes restreints. Le questionnaire rempli par les bénéficiaires permettait de vérifier leur intérêt vis-à-vis des échanges tenus dans le groupe, leur satisfaction par rapport à la vie du groupe, leur possibilité d'avoir pu s'y exprimer et d'être écouté. Il leur était demandé de répondre à chaque question (correspondant à un critère) sur une échelle graduée permettant d'obtenir un indicateur du degré d'effectivité du critère. La grille d'évaluation remplie par les professionnels permettait de savoir si les bénéficiaires leur avaient parlé des ateliers et quels degrés de satisfaction ils avaient manifestés. La grille d'analyse évaluative des chargés d'ateliers permettait, d'une part, de fixer le nombre de séances tenues pour chaque groupe, le nombre de participants et leur degré de participation, et, d'autre part, de recueillir leurs avis appuyés sur des exemples concrets (indicateurs) sur cinq critères de dynamique du groupe : régularité de la participation, expression personnelle des participants, suggestions et propositions, demandes d'information, qualité des échanges.

Évaluation des résultats

L'évaluation des résultats a consisté à mesurer le degré de développement, dans chaque atelier, du travail sur les représentations, du questionnement des attitudes et de conduites, et de la prise de conscience de la possibilité d'agir sur sa santé. Les réponses – apportées dans les trois outils de recueil des données aux questions sur le développement de la dynamique des groupes et sur la possibilité d'y exprimer ses idées et de développer un échange sur les thèmes abordés – ont permis l'évaluation du premier objectif intermédiaire. Pour le questionnement des attitudes et des conduites, six critères étaient posés : l'intéressement à sa santé, la mise en relation de sa santé avec le vécu personnel, avec les conditions de vie, avec ses conduites, l'identification de ses difficultés de santé, l'interrogation sur sa santé personnelle. Les indicateurs proposés dans les questionnaires étaient : les questions abordées dans les ateliers, les sollicitations adressées à des professionnels de santé, les propos tenus lors des séances et notés par les chargés d'atelier, les réflexions sur les consommations (alcool, tabac, drogues), sur la vie affective et sexuelle, sur l'alimentation, sur les activités physiques ou sportives. La prise de conscience de la possibilité d'agir sur sa santé était renseignée par les critères du changement de discours, du changement de comportement et de l'évolution dans les soins du corps. Les indicateurs étaient fournis par les réponses directes des bénéficiaires aux questions qui leur étaient posées et par les observations réalisées par les professionnels et par les chargés d'ateliers.

Vingt-huit ateliers santé sur cinq départements

L'évaluation régionale (mars 2004) concerne les ateliers menés en 2003. Tenus sur vingt-huit sites différents, avec un large éventail de publics allant des jeunes en difficulté d'insertion aux personnes sans domicile stable, les ateliers santé ont concerné trois cent vingt-neuf personnes ayant pris part à deux séances au minimum et sept séances au maximum, chacune d'entre elles durant une heure trente en général. Deux cent trente séances en tout ont été effectuées.

L'analyse des données fournies par les trois outils d'évaluation pour chaque atelier montre que les *objectifs opérationnels* sont en très grande partie réalisés :

– développement le plus souvent satisfaisant de la dynamique interne des

groupes restreints de bénéficiaires ;
– association forte de la plupart des professionnels des structures d'accueil au pilotage et à l'évaluation ;
– implication active de ces professionnels dans les productions collectives des participants ;
– sensibilisation de ces professionnels à la démarche éducative en promotion de la santé ;
– coanimation entre professionnels des structures et éducateurs des Codes là où cela a été jugé pertinent.

Les effets obtenus, tels que permettent de les estimer les données recueillies par les trois types d'outils d'évaluation, sont les suivants :
– l'expression effective des représentations de la santé est très largement renseignée par les indicateurs proposés ; des indicateurs d'apparition des six critères posés pour établir l'existence d'un questionnement des attitudes et des conduites ont été donnés dans tous les groupes mais ils ne concernent qu'une partie des participants ; les trois critères de la prise de conscience de la possibilité d'agir sur sa santé ont été plus difficiles à renseigner : les indicateurs fournis par les intentions déclarées et les changements d'apparence repérés montrent des résultats probants pour les ateliers fortement encadrés et réunissant des personnes inscrites dans un itinéraire ascendant d'insertion sociale. On peut en conclure que l'objectif général de prise de conscience de l'importance de la santé est atteint pour une grande partie des participants ;
– les données recueillies sur le développement des capacités à faire des choix favorables à la santé, à recourir aux réseaux de santé et à s'approprier la santé comme une ressource d'insertion donnent à penser que l'objectif 2 est à moitié atteint. En effet, l'identification des conduites à risques est renseignée par de nombreux indicateurs, la formulation d'intentions de choix favorables à la santé est repérée chez une partie des bénéficiaires par les observateurs, et explicite dans les réponses des participants aux questions ouvertes ; la formulation de messages de santé pertinents apparaît dans les sept ateliers qui ont réalisé une production, entre 20 % et 60 % des bénéficiaires – selon les ateliers – ont engagé des démarches vers les professionnels de santé, plus de la moitié des participants soulignent l'importance pour soi des questions abordées lors des ateliers. Si les professionnels des structures d'accueil et les chargés d'atelier soulignent l'apport de ressources d'insertion, seule une minorité des réponses libres des participants donne cette indication ;
– la sensibilisation des professionnels aux démarches éducatives en santé est évidente, à une exception près, dans les réponses des professionnels ; la réflexion partagée entre les partenaires est attestée par les réponses des chargés d'atelier ; l'augmentation des compétences des professionnels sociaux pour animer des ateliers est démontrée (à une exception près) par leur envie de s'impliquer davantage dans l'éducation pour la santé, le succès des coanimations d'ateliers et des formations là où cela a été tenté. Dernier critère pour l'atteinte de l'objectif 3, le renouvellement des ateliers est manifeste pour la plupart des sites. Deux tiers des professionnels concernés semblent devenus des relais effectifs de santé.

Un véritable parcours de santé

Par-delà les obstacles techniques, organisationnels, logistiques et institutionnels, l'évaluation régionale de ce programme montre la pertinence réelle d'une pratique de « groupe de parole-santé » auprès de personnes en grandes difficultés professionnelles et sociales, pour peu que le dispositif nécessaire puisse être mis en œuvre et accueilli favorablement par les professionnels du social et par les destinataires. Il leur permet de poser des jalons précieux pour un parcours de santé et de vie qui s'inscrit dans leurs conditions d'existence et respecte les particularités de leur situation et la singularité propre de chacun. L'efficacité de cette pratique éducative varie beaucoup selon le degré d'exclusion des bénéficiaires. Pour des personnes en difficulté mais engagées dans une démarche d'insertion sociale et professionnelle effective, l'apport est indiscutable. À l'autre extrémité de l'éventail des bénéficiaires rencontrés dans les ateliers santé, pour les personnes en errance, la démarche ne peut être réellement mise en œuvre et produit peu d'effets. Un problème avant tout social ne peut être résolu par une prestation centrée sur la santé.

Bernard Goudet
Consultant en promotion de la santé,
membre du conseil scientifique
du Craes-Crips, Lyon.

« Préévaluer » les pôles régionaux de compétences en éducation pour la santé

Les « pôles régionaux de compétences » sont des plates-formes de ressources au service des professionnels de l'éducation pour la santé. Ils se mettent en place dans les régions françaises, les porteurs de projets y trouveront du soutien méthodologique, des ressources en formation et documentation mais aussi un appui pour l'évaluation. L'INPES, qui finance ces pôles dans le cadre d'un appel à projets, vient de réaliser une étude « pré-évaluative » de ces pôles.

L'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES) soutient, depuis 2004, à travers un appel à projets, la création de « pôles de compétences » en éducation pour la santé dans les régions. Ces plates-formes offrent aux acteurs locaux qui mettent en place des actions de proximité en éducation pour la santé les ressources communes suivantes : conseil méthodologique, ingénierie de projet, formation, appui documentaire, et aussi évaluation. Ce dispositif est en cours d'installation sur le territoire français, il intervient à la suite de la mise en œuvre des schémas régionaux d'éducation pour la santé (Sreps).

L'INPES a réalisé, en 2006, une étude préévaluative pour pouvoir ensuite construire un protocole d'évaluation des pôles de compétences. L'étude avait pour objet d'identifier les perceptions des décideurs et porteurs de projets à l'égard des pôles ; elle a été réalisée dans deux régions : Bourgogne et Midi-Pyrénées. L'objectif était de pouvoir ensuite centrer la future évaluation sur des thématiques correspondant aux préoccupations des acteurs.

L'étude a été réalisée via des entretiens semi-directifs menés par trois sociologues auprès d'une quarantaine d'acteurs issus des services centraux et déconcentrés de l'État (Drass/Ddass, Éducation nationale, Jeunesse et Sports), des collectivités territoriales, des associations thématiques ou généralistes (Cres/Codes) du champ de l'éducation pour la santé, de mutuelles et de l'Assurance Maladie. Les acteurs ont été interrogés sur :

– les conditions de mise en œuvre des pôles ;
– les facteurs favorisant leur mise en place ;
– les contraintes et difficultés rencontrées ;
– leurs attentes et les propositions d'amélioration ;
— l'impact de la mise en place des pôles (par exemple, ont-ils permis le développement de nouveaux partenariats ?).

Quels enseignements peut-on tirer de cette étude préévaluative, pour l'élaboration d'un protocole d'évaluation des pôles de compétences ? L'étude a, entre autres, permis de mettre au jour une diversité d'effets attendus du pôle. Il s'agissait : d'améliorer les pratiques ou la qualité des actions en éducation pour la santé ; d'améliorer les compétences des acteurs en éducation pour la santé ; de créer une culture commune ; de développer le partenariat, etc.

L'identification de ces objectifs est effectivement déterminante pour l'évaluation future. Par ce biais mais aussi à travers toutes les réflexions des acteurs interrogés, l'étude préévaluative a fait émerger les thématiques essentielles suivantes : la notoriété du pôle ; l'animation et la mise en œuvre des activités du pôle, leur pertinence ; l'impact du pôle et enfin, l'implication et le rôle des structures nationales.

L'étude décline dans le détail chacun de ces thèmes. Prenons comme exemple l'animation et la mise en œuvre des activités du pôle. On va y trouver des sous-questions concernant : l'animation du pôle (réunions d'information, relance des partenaires) ; l'implication des structures dans le comité de pilotage et les activités du pôle ; le niveau de réalisation des activités ; les leviers et freins dans son fonctionnement.

Les entretiens réalisés dans le cadre de cette étude ont permis de cerner les difficultés rencontrées dans la mise en place de ces pôles de compétences. Voici les principales :

– le manque de disponibilité des acteurs ;
– l'éloignement géographique des acteurs ;
– une compréhension et une connaissance limitées de la notion de pôle ;
– des désaccords sur le principe d'un pôle piloté au niveau régional ;
– des désaccords sur la conception du pôle ;
– des difficultés liées à la configuration des relations entre acteurs de l'éducation pour la santé.

Dans la mesure où nous avons interrogé les représentations des acteurs à partir d'une étude qualitative, il est possible de détailler encore davantage ces différents facteurs. Aussi, par la richesse de ses résultats, ce type d'étude exploratoire constitue une base de discussion utile dans l'optique de construire une évaluation.

Audrey Sitbon
Sociologue, chargée de mission, direction du Développement de l'éducation pour la santé et de l'éducation thérapeutique, INPES.

À Bruxelles, quand l'expérience balaie des critères préconçus d'évaluation

Reconnaître que l'on s'est trompé pour repartir dans une autre direction : c'est la posture courageuse prise par des évaluateurs à Bruxelles. Chargés de soutenir l'évaluation d'actions de santé communautaire, ils ont remis en cause leur propre grille pour partir du vécu des acteurs de terrain. Cela s'appelle « l'ethnométhodologie » et mérite que l'on s'y arrête.

L'association Les Pissenlits met en place des actions en santé communautaire avec les professionnels, les habitants et les pouvoirs publics dans le quartier de Cureghem, à Bruxelles (pissenlits@skynet.be). Les intervenants de l'association sont des professionnels expérimentés dans l'approche communautaire. Ils ont sollicité l'APES-ULg – équipe spécialisée dans l'évaluation – pour les soutenir dans la mise en place d'une évaluation de leurs actions.

Dans un premier temps, l'APES-ULg pensait tout naturellement partir des objectifs définis auparavant avec l'équipe d'intervenants. Elle a donc proposé une grille d'évaluation organisée par objectifs. Pour chaque objectif, étaient formulés des critères à la fois issus des rapports d'activités de l'association et de la littérature sur la participation, les réseaux, etc. Il est très vite apparu que cette grille ne convenait pas pour mener une évaluation compréhensive des actions (qui prend en compte la manière dont les actions sont vécues). Cette façon de travailler ne permettait pas aux membres de l'équipe de s'approprier l'évaluation.

Des échanges avec les intervenants de l'association ont alors permis d'identifier le point de blocage. Les critères d'évaluation étaient « imposés » : la réalité du terrain devait s'y plier, entrer dans les cases de la grille d'évaluation. Pour les intervenants, chaque élément de la grille était sujet à discussion dans la mesure où elle opérait un découpage artificiel de leur pratique. De plus, les objectifs du projet avaient évolué, façonnés par les interactions avec la population. La méthodologie était donc inutilisable par les membres, aucun lien entre les objectifs réels de l'action et les critères d'évaluation n'étaient reconnus. Il était nécessaire de revoir la méthodologie utilisée pour concevoir cette évaluation.

Nous avons alors opté pour une démarche de collaboration inductive inspirée de l'ethnométhodologie. D'après le fondateur, Harold Garfinkel, l'ethnométhodologie est *« orientée vers la tâche d'apprendre de quelle façon les activités ordinaires réelles des membres consistent en des méthodes pour rendre les actions pratiques, les circonstances pratiques, la connaissance de sens commun des structures sociales et les raisonnements sociologiques pratiques, analysables »*. Cette démarche méthodologique a pour objectif de faire émerger les critères directement de l'expérience des acteurs.

Les six étapes de la définition des critères ont respecté la nécessité d'un aller-retour entre l'analyse des expériences et l'approbation de cette analyse par les membres de l'équipe. Les voici :

1. Envoi par l'association Pissenlit d'une synthèse dressant un état des lieux par action. Les constatations étaient issues d'une analyse, effectuée par l'équipe, des différentes activités.
2. Analyse du contenu du document par l'APES-ULg et formalisation d'une première liste de critères.
3. Discussion de la validité de la liste des critères avec les intervenants de l'association. Constat que les objectifs initiaux du projet tels que formulés étaient trop inclusifs et que plusieurs critères valaient pour plusieurs objectifs. Par exemple, le travail en réseau était présent dans chaque objectif et était lui-même un objectif.
4. Formalisation d'une nouvelle liste de critères et approbation de la liste par l'équipe.
5. Utilisation des critères par l'association pour analyser leurs actions.
6. Vérification de la cohérence de critères avec les actions associées, afin d'établir la validité de la grille d'évaluation par l'APES-ULg. La position de l'APES-ULg a donc été de soutenir le montage de l'évaluation (le plan, la grille d'évaluation). Il revenait aux intervenants de l'association d'évaluer ses actions.

Par cette méthodologie inductive, les intervenants de l'association ont construit des critères d'évaluation pertinents par rapport à leur action. Cette pertinence naît de l'adéquation entre les critères et les pratiques ainsi que de la construction en dialogue. Les critères de cette grille établissent, en outre, un consensus entre intervenants de l'association, ce qui permet une utilisation optimale, car partagée, de la grille. La construction d'une grille d'évaluation par une démarche inductive apporte une plus-value au sein de l'équipe dans la mesure où elle objective les pratiques et permet donc ensuite leur évaluation puis leur réorientation si cela s'avère nécessaire.

L'ethnométhodologie, directement issue d'un courant de la sociologie américaine porté dans le monde francophone par des auteurs comme Coulon[1], Paillé ou Muchielli, ouvre la réflexion sur l'évaluation. Premièrement, il s'agit de considérer le savoir des acteurs – le savoir vécu – comme une source valide de l'évaluation et ce, en dépit du sub-

jectivisme. Deuxièmement, l'accompagnement méthodologique implique une posture particulière de la part du chercheur. Ce dernier est à la fois le « traducteur » de l'action de l'équipe et le garant de la validité des informations produites. Enfin, une évaluation peut être menée à partir d'un ancrage épistémologique dans le subjectivisme sans que cela n'entache la validité des résultats, garantie par la rigueur méthodologique maintenue lors des six étapes de la définition des critères.

Gaëtan Absil
Historien, anthropologue chercheur, APES-ULg
Service communautaire de promotion
de la santé en Communauté française
de Belgique, rattaché à l'École de santé
publique de l'université de Liège, Belgique.

1. *Pour une présentation très claire et synthétique : Coulon A.* L'ethnométhodologie. *Paris : Puf, coll. Que sais-je ? 2002, n° 2393.*

Bibliographie

- Cicourel A. *Le raisonnement médical. Une approche socio-cognitive,* Paris : Seuil, coll. Liber, 2002 : 224 p.
- Garfinkel H. *Studies in ethnomethodology.* Englewood Cliffs, NJ: Prentice- Hall, 1967.
- Paille P., Mucchielli A. *L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales.* Paris : Armand Colin, coll. U, 2003 : 224 p.
- Strauss A., Corbin J. *Basics of qualitative research: grounded theory procedures and techniques.* Sage Publications, 1990: 270 p.

En région Paca, des formations et un cédérom pour évaluer

Depuis 2001, en région Paca, porteurs de projets et financeurs travaillent ensemble et sont formés pour acquérir une « culture commune » de l'évaluation des actions d'éducation pour la santé. Un cédérom, élaboré en commun, leur sert de guide pratique pour diffuser le plus largement possible dans la région cette culture commune qui devrait permettre de passer de l'évaluation « contrôle » à l'évaluation « nécessaire ».

Depuis 2001, le comité régional d'éducation pour la santé Provence – Alpes – Côte d'Azur (Cres Paca) contribue, au sein de la région, au développement d'une culture commune de l'évaluation en éducation pour la santé, commune entre acteurs et financeurs de la région.

Dans ce cadre, ces six dernières années ont été marquées par quatre temps : formation, production, accompagnement, puis évolution.

Un temps de formation

En 2001, le Cres Paca a souhaité démystifier l'évaluation en éducation pour la santé. Des formations (quatre sessions de deux jours chacune) ont été organisées sur l'ensemble des six départements de la région ; elles ont été proposées aux structures porteuses de projets, organismes instructeurs et financeurs et organismes associés aux programmes régionaux de santé et aux programmes régionaux d'accès à la prévention et aux soins (Praps), soit quatre-vingt-dix participants caractérisés par l'hétérogénéité de leur positionnement face à l'évaluation.

Intégrées au dispositif des programmes régionaux de santé, les formations ont été confiées à Chantal Vandoorne, responsable de l'APES-ULg, structure en charge du soutien méthodologique et en évaluation au sein de la Communauté française de Belgique et intervenant dans les enseignements en promotion de la santé à l'École de santé publique de l'université de Liège. L'ensemble des formations a été assuré en étroite collaboration avec le Cres Paca et en référence aux travaux sur l'évaluation produits au cours des années précédentes par Michel Demarteau.

Souhaitant compléter leur formation, les participants ont intégré, en 2003, un deuxième module (de deux fois deux jours) consacré à la structuration de l'intervention d'accompagnement à l'évaluation et à l'ébauche d'un plan d'évaluation.

À l'issue de ce deuxième module, l'objectif de développement d'une culture commune de l'évaluation semblait être atteint. La confrontation des points de vue, les contraintes des uns et des autres, les rapprochements entre principes et réalités avaient dessiné les contours d'une évaluation réaliste, acceptable et acceptée… La réflexion commune et les références partagées étaient autant de points de convergence qui permettaient aux participants d'abandonner enfin l'évaluation « contrôle » au profit de l'évaluation « nécessaire ». Nécessaire aux porteurs car garante d'une meilleure méthodologie et nécessaire aux décideurs car assurant une programmation pertinente. L'évaluation n'était pas une fin mais un outil de programmation éclairée, prenant en

compte les besoins mais également la richesse et les limites des ressources.

Un temps de production

Au terme de ces trois années de formation, de réflexion, de rencontres et d'échanges, le besoin de concrétiser un outil commun et partagé s'est fait ressentir. Il s'agissait de rassembler sur un support unique la grande diversité des travaux et des ressources disponibles, de les rendre accessibles aux intervenants et surtout d'apporter une contribution régionale reflétant les orientations prises par les acteurs et les décideurs locaux.

Le choix s'est rapidement porté vers un support multimédia de type cédérom qui présente des atouts majeurs : facilité d'accès à un document dense et complexe, souplesse de l'utilisation, prise en main progressive et individualisée, interactivité, didacticiel en ligne, etc.

Face à l'imminence de la mise en place d'un Plan régional de santé publique (2005-2009) débordant largement le champ de l'éducation pour la santé, le Cres Paca et ses partenaires sont convenus de réaliser un outil exhaustif et adapté qu'ils ont intitulé : « Méthodologie et évaluation d'actions ou de programmes de santé publique, un outil au service du plan régional de santé publique ». Les travaux de soixante-neuf auteurs y sont présentés, soit cent vingt-neuf références bibliographiques. L'ensemble est décliné en suivant chaque étape de la méthodologie de projet, qui est elle-même analysée en termes de méthodologie, d'évaluation mais également de communication, l'objectif étant également d'inciter à valoriser l'activité par l'écriture, la publication. Un didacticiel sert de fil conducteur ; réalisé sous forme de check-list, il permet d'accompagner la réflexion d'un groupe et d'accéder à de nombreux documents.

Un temps d'accompagnement

Conçu comme un outil d'accompagnement à la démarche de projet et d'évaluation, le cédérom fait aujourd'hui partie du paysage de l'éducation pour la santé dans la région Paca. L'appel à projets annuel, lancé par le Groupe régional de santé publique (GRSP), y fait référence. Mille exemplaires réalisés en 2005 ont été remis dans le cadre de formations ou adressés à des organismes assurant cette activité. Le Cres et les Codes de la région assurent, chaque année, des formations à son utilisation (cent soixante-deux personnes formées en 2006). Il sert également de support au soutien et au conseil en méthodologie qu'ils assurent.

Il est prévu, en 2007, de faire un point sur son utilisation et sur ses éventuelles retombées.

Un temps d'évolution

L'évaluation est nécessaire mais elle fait peur car, à court terme et isolée d'autres types d'interventions, l'éducation pour la santé ne sera pas en mesure de démontrer, scientifiquement, des modifications de l'état de santé de la population ni même de ses comportements. Elle y contribuera, avec le soutien d'autres modes d'intervention (communication, formation, information, législation, etc.) à moyen et long termes.

Il est donc nécessaire de prendre de la distance et d'observer de quelle façon chaque type d'intervention concourt à atteindre un objectif. L'outil de catégorisation des résultats de Promotion Santé Suisse, promu par l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES), permet cette approche globale et contribue certainement à améliorer les choix évaluatifs. Le Cres contribue à son appropriation en région Paca et prévoit, aux côtés de ses partenaires, Codes, GRSP et universités, d'assurer localement des formations à son utilisation.

L'ensemble de ces éléments devrait contribuer à garantir des actions de qualité et permettre à la santé publique d'être assurée d'initiatives objectives reconnues scientifiquement sans pour autant être complexes ou réservées à une élite de chercheurs.

Zeina Mansour
Directrice du comité régional d'éducation pour la santé, Provence – Alpes – Côte d'Azur (Cres Paca), Marseille.

En Bretagne, les professionnels formés à l'évaluation

En région Bretagne, les représentants de l'État, des collectivités et les porteurs de projets travaillent de concert, depuis 2004, pour bâtir des règles communes d'évaluation des actions d'éducation pour la santé. En 2006, ils ont été formés ensemble aux exigences de l'évaluation. Une démarche prometteuse… dont le cheminement est complexe.

En région Bretagne, les porteurs de projets, les décideurs et les financeurs progressent ensemble, depuis 2004, pour développer et améliorer l'évaluation des actions d'éducation pour la santé. Dans le cadre d'un appel à projets de l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES) portant sur l'appui à la mise en œuvre des schémas régionaux d'éducation pour la santé, le comité régional d'éducation pour la santé (Cres) de Bretagne, en lien avec plusieurs partenaires, a décidé d'organiser un séminaire régional de travail pour développer l'évaluation des programmes et des actions. Le comité de pilotage réunit la direction régionale des Affaires sanitaires et sociales (Drass), l'union régionale des caisses d'Assurance Maladie (Urcam), l'École nationale de la santé publique (ENSP), l'Institut universitaire professionnalisé de Lorient, les quatre comités départementaux d'éducation pour la santé de la région.

Fin 2004 et début 2005, les porteurs de projets et les décideurs ont travaillé ensemble sur l'évaluation. Plusieurs travaux ont été réalisés pour préparer le contenu du séminaire :
– une enquête sur les expériences, approches et connaissances, difficultés et questionnements des participants ;
– une étude retraçant l'évolution de l'évaluation en promotion de la santé en Bretagne.

En 2005, le séminaire régional – piloté par le comité régional d'Éducation pour la santé, en collaboration avec les institutions (Drass, Urcam) et les professionnels – a donc réuni porteurs de projets et décideurs pour qu'ils confrontent leurs points de vue et adoptent des références communes. Ce séminaire a rassemblé soixante-huit participants : seize décideurs, cinq formateurs, trente-neuf acteurs, huit étudiants en santé publique. Deux intervenants ont en particulier présenté les apports conceptuels sur l'éducation et la promotion de la santé[1] et les principes d'évaluation[2]. Ce séminaire comportait des séances plénières et des travaux en ateliers. Il a permis de construire une réflexion fondée sur un langage commun à l'ensemble des acteurs présents. Les participants ont sélectionné et priorisé :
– des préalables requis pour développer l'évaluation ;
– des objets et méthodes de l'évaluation porteurs d'enjeux pour l'avenir ;
– une stratégie globale pour développer l'évaluation en Bretagne.

Une analyse des résultats du séminaire a été publiée dans le bulletin « Horizon Pluriel » et un dépliant reprenant les recommandations du séminaire a été largement diffusé début 2007.

Deux formations sur l'évaluation

Troisième étape de cette action expérimentale : en 2006, deux sessions de formation de deux jours ont été organisées au profit des professionnels de la promotion de la santé (des réseaux Aides, Anpaa, Codes, Mutualité française et réseau d'information jeunesse) et des décideurs (Drass, Urcam, Ddass, conseil général), soit au total dix personnes. Le module était animé par un formateur en éducation et promotion de la santé et en évaluation. Les participants ont :
– explicité et priorisé les recommandations issues du séminaire ;
– au regard des priorités retenues, identifié les pratiques dans leurs institutions et territoires puis les moyens à mettre en œuvre pour les améliorer ;
– défini leurs savoir-faire et les connaissances complémentaires qui leur sont nécessaires pour mettre en œuvre les priorités retenues : la construction d'un outil d'aide à l'élaboration d'une évaluation et le repérage des ressources locales en évaluation.

À l'issue de cette formation, ce groupe de travail restreint est parvenu aux conclusions suivantes :

• En termes de collaborations infra-régionales, trois dimensions demandent à être renforcées :
– travailler à un même vocabulaire, à des concepts communs ;
– clarifier les règles partagées dès le départ ;
– définir les responsabilités de chacun.

• En termes de connaissances, trois points émergent, qu'il s'agit d'approfondir :
– clarifier et approfondir les évaluations de processus/de résultat/d'impact ;
– préciser les notions de qualitatif/quantitatif ;
– outiller la mesure des résultats.

• En termes d'activités à mettre en œuvre :
– multiplier les contacts acteurs/décideurs, stimuler une pratique partenariale ;
– réaliser un état des lieux des personnes ressources et services offerts ;
– construire un cadre de référence : démarche et outils puis les expérimenter sur des projets divers afin de tester des modèles, obtenir des données probantes ;
– organiser des groupes d'échanges

d'expériences et des formations actions.

Décideurs et acteurs de terrain ont ainsi pu confronter leurs attentes et la place qu'ils prendront dans le futur « pôle de compétences » en éducation et promotion de la santé, qui est en cours de construction. Ce pôle sera une plateforme de ressources pour définir le contenu de l'évaluation et les indicateurs à prendre en compte selon le type de projet, et également pour proposer des outils de collecte de données et d'analyse adéquats *(voir l'article d'Audrey Sitbon p. 40 sur la préévaluation de ces pôles de compétence).* Le pôle devrait servir d'interface entre décideurs et acteurs de terrain pour que leurs attentes et contraintes respectives soient prises en compte.

En conclusion, trois ans après le lancement de cette démarche qui a permis de créer une culture commune, le résultat le plus tangible de cette expérience est que, pour construire une évaluation, les décideurs et les porteurs de projets consultent désormais plus largement les partenaires d'un projet et la population concernée. Toutefois, le plus difficile sans doute reste à faire :
– intégrer l'ensemble de ces travaux dans la structuration en cours de ce pôle de compétences ;
– diffuser cette approche commune sur l'évaluation (pour l'instant partagée par un groupe restreint) à l'ensemble des acteurs de la région pour qu'ils se l'approprient et la mettent en œuvre.

En 2007, les travaux du groupe restreint se poursuivent afin de construire un outil d'aide à l'élaboration d'une évaluation pour que tous aient un minimum de règles communes. Cet outil devra être largement diffusé au niveau régional.

Sonia Vergniory
Chargée de mission au Cres de Bretagne,
Coordonnatrice du projet de pôle régional de compétences, pilote de l'axe de travail sur l'évaluation.

Pour en savoir plus

http://www.cresbretagne.fr

Pour accéder aux résultats du séminaire et au dépliant sur l'évaluation : http://www.cresbretagne.fr/pageD-1-Horizon.htm

1. *Intervention de C. Vandoorne,* « Éducation pour la santé, promotion de la santé : parle-t-on de la même chose ? ». *Séminaire sur l'évaluation, 2005.*
2. *Intervention de F. Nock,* « Les principes de l'évaluation en promotion de la santé ». *Séminaire sur l'évaluation, 2005.*

En Pays de la Loire, l'émergence d'une « culture commune » de l'évaluation

En région Pays de la Loire, financeurs et porteurs de projets d'éducation pour la santé ont, sous la houlette de la Drass et de l'Urcam, créé et diffusé, en 2006, un protocole concerté d'évaluation des actions. Présentation.

Un paysage institutionnel complexe

L'élaboration, en Pays de la Loire, du schéma régional d'éducation pour la santé (Sreps)[1], au cours de l'année 2003, a confirmé que ce champ reposait sur une multitude d'acteurs, des responsabilités partagées, une diversité des sources de financement complexifiant les procédures, des objectifs, notamment d'évaluation, peu coordonnés entre eux…

Partant de ce constat, le Sreps Pays de la Loire s'est fixé pour objectifs non seulement de renforcer l'optimisation des ressources, c'est-à-dire de poursuivre la mutualisation des moyens financiers et l'harmonisation des outils entre l'État, l'Assurance Maladie et les collectivités territoriales, mais aussi d'inscrire les acteurs dans une démarche d'évaluation.

L'évaluation : une démarche primordiale mais redoutée

L'évaluation est une notion qui suscite souvent des craintes chez les porteurs de projets. Elle est assimilée aux notions de contrôle et de sanction. Parallèlement, les demandes des financeurs, qui souhaitent vérifier la bonne utilisation des fonds publics, peuvent être parfois trop ambitieuses en souhaitant connaître les résultats des actions. Comme le soulignait le Dr Brigitte Sandrin Berthon, directrice du comité régional d'éducation pour la santé Languedoc-Roussillon, *« Si une personne renonce à fumer, est-ce parce que l'un de ses amis est mort d'un cancer du poumon, est-ce parce qu'elle a bénéficié d'une éducation pour la santé, est-ce parce que le prix du tabac augmente, est-ce pour plaire à l'homme ou à la femme de sa vie ? Difficile à dire ! »*[2]

S'il est vrai que l'évaluation est une tâche complexe, elle est cependant primordiale non seulement pour le financeur, mais aussi pour le porteur de projet. Elle permet, en effet, de mesurer la qualité d'une action, de la valoriser, de la transmettre, ou de la réorienter si nécessaire. Il importe, en conséquence, de permettre à l'ensemble des acteurs de s'inscrire dans cette démarche sur la base de critères précis, discutés et définis en commun.

Séminaires et formation

Pour la mise en œuvre de cet objectif, la direction régionale des Affaires sanitaires et sociales (Drass) et l'union régionale des caisses d'Assurance Maladie (Urcam) ont élaboré une stratégie en quatre étapes (trois séminaires et une formation) qui a été accompagnée par un consultant.

• *Étape 1 :* organisation d'un séminaire de réflexion des financeurs à Nantes, en 2003, pour adopter un langage commun et clarifier la procédure. Après un rappel théorique sur l'évaluation et les difficultés qui s'y rapportent, les participants ont travaillé autour de cinq questions : Quels sont nos objectifs d'évaluation ? Pourquoi évaluons-nous ? Actions à évaluer : quels critères de choix posons-nous face à l'impossibilité d'évaluer toutes les actions financées ? Quel est le rôle des différentes instances administratives ? Enfin, quels outils utilisons-nous pour mener cette évaluation ?

Suivant l'avis des acteurs, les objectifs de l'évaluation ne sont pas suffisamment travaillés. Des problèmes, liés au temps – nécessaire au changement de comportement, au montage des projets – ont également été soulevés. Par ailleurs, l'impossibilité de lier une action à une modification de comportement, en raison de la multiplicité des facteurs susceptibles de l'influencer, représente une importante difficulté.

Ce séminaire a permis non seulement de dégager des principes d'organisation mais aussi de développer un début de culture commune en permettant à tous les acteurs de parler un même langage.

• *Étape 2 :* organisation, en 2004, d'un deuxième séminaire, au cours duquel les financeurs, qui avaient souhaité approfondir la démarche par un travail plus concret à l'appui d'exemples, ont travaillé sur l'évaluation d'actions types. Ces travaux se sont poursuivis dans le cadre de groupes (un par type d'action) qui ont abouti aux mêmes conclusions, ce qui a facilité l'élaboration d'une grille unique intégrant les objets de l'évaluation, ainsi que des propositions d'indicateurs et d'outils, à la fois pour le processus et les résultats des actions.

• *Étape 3 :* organisation, en 2005, d'un troisième séminaire, qui a réuni cette fois les porteurs de projets et les financeurs. La grille a été présentée et soumise au débat. Elle a été validée sous réserve d'être accompagnée par des organismes compétents et est désormais intégrée dans l'appel à projets, depuis 2006, à titre de référence. Parallèlement, les participants ont émis le souhait de multiplier les temps de rencontre entre financeurs et porteurs de projets car ceux-ci permettent de clarifier les attentes des uns et des autres et de les fédérer autour d'un même objectif.

• *Étape 4 :* mise en place de formations d'aide à l'évaluation pour les porteurs de projets sur la base de ce protocole. Cette étape reste à mettre en œuvre.

Une démarche à conforter

Cette stratégie a permis de construire une grille d'évaluation régionale dont les retours du terrain, dans le cadre des réunions territoriales, montrent les effets pédagogiques qui restent néanmoins à approfondir par l'organisation de véritables formations à l'évaluation à destination des porteurs de projets. Les évaluations des projets apparaissent largement plus solides, même si parfois trop calquées à la grille. En outre, dans un paysage institutionnel complexe, cette démarche a jeté les bases d'une action concertée et cohérente entre les acteurs.

Anne Le Gall
Inspectrice,
Drass des Pays de la Loire,
Véronique Devineau
Chargée de mission,
Urcam des Pays de la Loire, Nantes.

1. Selon le Plan national d'éducation pour la santé, présenté en Conseil des ministres le 28 février 2001, le Sreps a pour ambition d'aider les compétences et les dynamiques locales à s'inscrire dans les politiques régionales de santé, de leur permettre de se coordonner entre elles et de leur donner les moyens institutionnels, organisationnels et financiers nécessaires au développement de leurs actions.
2. Intervention lors du congrès national des observatoires régionaux de la santé. Nantes, les 28 et 29 septembre 2000.

Évaluation d'actions innovantes : l'exemple de l'Aquitaine

Comment les financeurs voient-ils l'évaluation des actions et des programmes de santé publique ? Qu'en attendent-ils ? Comment eux-mêmes évaluent-ils les projets qui leur sont soumis ? Témoignage de la Drass d'Aquitaine, à partir d'une évaluation concertée du programme de repérage précoce et interventions brèves en alcoologie en Aquitaine.

La santé publique est un domaine investi par une multiplicité d'acteurs et de modes d'intervention (1). La loi de santé publique du 9 août 2004 a reconnu l'échelon régional comme le niveau territorial le plus pertinent pour fédérer l'action de ces multiples acteurs autour des plans régionaux de santé publique (PRSP). L'enjeu du PRSP en Aquitaine a donc porté sur la définition d'un cadre de référence clair et cohérent permettant d'articuler les programmes nationaux, régionaux et locaux en conjuguant les efforts des multiples acteurs de santé publique. Le groupement régional de santé publique (GRSP), chargé de la mise en œuvre, doit transformer les objectifs des programmes en actions concrètes.

Comment choisir les projets à subventionner dans le cadre du PRSP ?

Ne disposant pas ou peu en son sein d'opérateurs directs de santé publique, plusieurs outils vont contribuer à la mise en œuvre du PRSP : des appels à projets et des conventions auprès des opérateurs de santé publique qui travaillent au plus près de la population. Les appels à projets s'adressent à un panel diversifié d'opérateurs. Des conventions peuvent être passées entre services publics (par exemple entre la direction régionale des Affaires sanitaires et sociales (Drass) et le rectorat pour des actions en milieu scolaire), avec les collectivités territoriales (dans le cadre des contrats de plan) et, enfin, avec les associations (conventions pluriannuelles d'objectifs). « Cheville ouvrière » de la mise en œuvre du plan régional de santé publique, la Drass gère les appels à projets et les conventions » en lien avec l'union régionale des caisses d'Assurance Maladie (Urcam) et le conseil régional.

Appels à projets orchestrés par la Drass

Des plans régionaux de santé des années 1990 aux plans régionaux de santé publique des années 2000, l'appel à projets est resté la pratique la plus employée (2). S'inscrivant dans les objectifs des programmes du PRSP, il permet de formaliser le partenariat entre les décideurs État, Assurance Maladie, collectivités territoriales autour d'un guichet unique avec une instruction commune des projets (facilitée par une procédure dématérialisée, mutualisée et sécurisée mise en œuvre en 2007) et avec une démarche d'évaluation partagée.

Le montant des financements alloués, le nombre important de promoteurs et de projets en Aquitaine ont nécessité la mise en place de dispositifs pour améliorer les procédures de décision d'éligibilité des dossiers. Des critères communs d'instruction ont été arrêtés :
1. inscription du projet dans les priorités régionales ;
2. pertinence du projet : analyse préalable des besoins et justification des actions programmées ;
3. cohérence du projet : concordance entre les actions programmées et les objectifs affichés ;
4. crédibilité du projet : modalités opérationnelles de réalisation des actions, bénéficiaires concernés, compétences mobilisées, budget de l'action ou du programme d'actions, compétence du promoteur ;
5. plus-value apportée : partenariat mis en œuvre, complémentarité ou synergie, effets attendus ;
6. critères d'ordre éthique, participation des bénéficiaires aux actions qui leur sont destinées, acceptabilité ;
7. évaluation : moyens envisagés, critères et indicateurs retenus, faisabilité.

Quatre-vingt-sept personnes formées

En 2002, la Drass et l'Urcam ont souhaité former les opérateurs et les décideurs à l'évaluation : des formations actions ont été mises en œuvre en lien avec l'université de Liège, l'Institut de santé publique, d'épidémiologie et de développement (Isped) et le comité régional d'éducation pour la santé (Craes). Ces formations se sont déroulées sur les cinq départements d'Aquitaine sur des séquences de deux jours avec à chaque formation dans chaque département la constitution d'un groupe de quinze personnes composé pour un tiers des principaux financeurs : Ddass, CPAM, MSA, Éducation nationale, conseil général, et pour deux tiers des principaux promoteurs d'actions dont le comité départemental d'éducation pour la santé, un participant du niveau régional Urcam/Drass ainsi qu'un représentant du Craes qui a assisté à chaque session.

Au niveau régional, selon le même schéma, une session de formation a été réalisée avec les acteurs régionaux (Drass, Urcam, Craes, rectorat, etc.). Ces formations ont concerné quatre-vingt-sept personnes. Elles ont porté sur les bases de la méthodologie d'un projet, les démarches qui favorisent l'utilisation de l'évaluation et la participation, avec à la fois un cadrage théorique et une application à des projets locaux. Les objets et méthodes d'évaluation ont été abordés (évaluer : pourquoi, pour qui,

quoi, comment ?) ainsi que les éléments d'un cahier des charges (structure et contenu, critères d'appréciation des devis d'évaluation). Le choix d'une formation à une démarche participative d'évaluation a permis un échange entre opérateurs et décideurs quant à leurs attentes respectives vis-à-vis de l'évaluation et une meilleure compréhension des enjeux et des points de vue de chacun.

Un comité de pilotage pour l'évaluation

Envisager la mise en œuvre d'une évaluation concertée entre les différents acteurs concernés par les résultats suppose une instance de pilotage de l'évaluation. Ce type d'instance a été mis en place sur un certain nombre de projets régionaux ayant un aspect « fédérateur » interdépartemental en Aquitaine sur la thématique des addictions par exemple : « Vingt-cinq collèges contre le tabac », programme de réduction des mésusages de buprénorphine, projet régional de développement des formations d'acteurs-relais en alcoologie, programme de repérage précoce et interventions brèves par les médecins généralistes. La Drass est généralement légitimée pour assurer le pilotage de ces instances, ce qui a pour premier effet de la placer comme garant du processus d'évaluation, de sa logistique et de son suivi (calendriers, convocations, animation de l'instance, relevés de décision, formalisation des procédures, etc.). Tous les projets ne bénéficient pas et ne justifient pas d'une instance régionale d'animation. Parfois ce rôle est dévolu à l'opérateur, parfois à un intervenant extérieur et pour beaucoup de projets l'évaluation se limite à une enquête de satisfaction ou un simple bilan. L'appel à projets 2007 a recueilli cinq cents projets et les modalités d'évaluation envisagées pour ces projets sont très diversifiées. Le GRSP envisage d'impulser de nouvelles actions d'appui méthodologique à l'évaluation pour favoriser le développement d'une culture partagée de l'évaluation.

Les médecins généralistes s'engagent dans le repérage et la prévention

Un exemple : le programme régional aquitain de formation au repérage précoce et interventions brèves des médecins généralistes en alcoologie (RPIB).

En Aquitaine, la construction de la stratégie de formation des médecins généralistes au RPIB s'inscrit dans une dynamique régionale inscrite désormais dans le PRSP (2005-2008). L'objectif général est de réduire les dommages dus à une consommation à risque et/ou dangereuse et ainsi de diminuer la morbidité et la mortalité liées à l'alcool.

Une enquête réalisée auprès des médecins généralistes en Aquitaine montre que 15 % à 20 % environ de leur clientèle de plus de 15 ans sont en difficulté avec l'alcool. Près de sept médecins sur dix s'estiment peu ou pas efficaces en matière d'alcool *(Baromètre santé 2000)* alors que les travaux scientifiques ont validé l'impact positif à moyen terme d'une intervention de leur part sur les consommations à risque dans une clientèle de médecine générale. À la suite de ce constat, un groupe de travail régional piloté par la Drass s'est formé, dès 2002, pour bâtir une stratégie régionale de mobilisation des médecins généralistes. À la fois pluriprofessionnel et pluri-institutionnel, ce groupe a réuni l'Union régionale des médecins libéraux, l'Urcam, l'Unaformec, les réseaux d'addictologie : Agir 33 Gironde, Résapsad pour le Pays basque, réseau alcool Médoc, Anpaa, Craes, université de Bordeaux-2. Ses objectifs : organiser des formations au RPIB pour les médecins généralistes, rédiger un kit de formation destiné aux médecins, publier un support quatre-pages pour les médecins sur l'efficacité de la démarche et la présentation des outils de repérage, définir les outils dont ils ont besoin pour eux, pour les patients, pour leur salle d'attente, organiser des relais de prise en charge pour les patients qui posent problème et faciliter la connaissance des structures d'alcoologie, élaborer une campagne de médiatisation à destination de la population, évaluer les stratégies mises en œuvre.

Dans le cadre de ce projet ambitieux sur un champ d'action prioritaire de la santé publique, les objectifs étaient nombreux et importants. La mise en œuvre d'une instance de pilotage de l'évaluation dès la conception du projet a permis de clarifier les objectifs dont les principaux retenus ont été : améliorer la stratégie et éventuellement les outils utilisés pour le RPIB en fonction des avis des médecins généralistes impliqués, démontrer aux médecins généralistes qu'ils peuvent être efficaces dans la prise en charge des patients consommateurs à risque d'alcool et que cette efficacité est possible en y consacrant peu de temps et grâce à un outil de repérage simple et une intervention brève, évaluer les changements d'opinion sur la prise en charge des consommateurs à risque d'alcool, avant et après la campagne d'action, modifier la pratique des médecins généralistes en introduisant l'outil de repérage et d'intervention brève dans les actions systématiques qu'ils entreprennent habituellement. Le comité de pilotage a fait le choix de développer cette démarche d'abord sur deux territoires *(voir encadré ci-contre)*.

Quelle évaluation ?

L'évaluation a porté sur la mesure de six indicateurs de résultat :

1 : proportion de médecins généralistes appliquant le RPIB de façon régulière ;
2 : proportion de patients de plus de 15 ans ayant fait l'objet d'un repérage de la consommation à risque d'alcool, parmi les patients rencontrés durant l'année du projet ;
3 : proportion de patients de plus de 15 ans repérés comme consommateurs à risque d'alcool ayant bénéficié d'une intervention brève durant l'année du projet ;
4 : proportion de patients consommateurs à risque d'alcool étant redescendus en dessous des seuils limites fixés par l'Organisation mondiale de la santé ;
5 : nombre de patients repérés par les cent médecins généralistes volontaires ;

Gironde et Pays basque, territoires pilotes

Le repérage et l'intervention des médecins généralistes ont été mis en œuvre en Gironde (Médoc et une partie de la communauté urbaine de Bordeaux) et au Pays basque et selon deux stratégies de formation différentes. En Gironde, le projet a été piloté par le réseau Agir 33 auprès de cent médecins généralistes engagés par contrat rémunéré à suivre une formation présentielle, à répondre à deux enquêtes d'opinion, à participer à des soirées « échanges et partage » en cours de projet, et à travailler sur l'amélioration de la stratégie en fin de projet. Le suivi a été largement développé avec formalisation d'indicateurs de suivi.

6 : nombre de patients ayant bénéficié d'une intervention brève auprès des cent médecins volontaires.

Les conditions de mesure de ces indicateurs ont été largement développées dans le projet et dans le respect de l'anonymat du patient et du médecin. Ces indicateurs ont fait l'objet d'une mesure trimestrielle chez les cent médecins, permettant une évaluation en quatre étapes du projet.

Cette étude a bénéficié d'un financement (Fonds d'aide à la qualité des soins de ville) et une convention a été signée entre le Réseau Agir 33 et l'évaluateur externe retenu Cemka-Eval, bureau spécialisé en évaluation épidémiologie et économie de la santé.

Au Pays basque, la mise en œuvre du RPIB a combiné deux types de formations : formations en soirées et « visites confraternelles » par un médecin généraliste pour ses confrères participant peu ou jamais aux opérations de formation continue. Les moyens alloués à ce projet n'ont pas permis de comparer les deux types de stratégies mais il a été possible de réaliser à distance une enquête d'opinion auprès des médecins généralistes formés.

Mobiliser les médecins généralistes

Pour l'ensemble de l'Aquitaine, la mobilisation des professionnels a débuté, fin 2002, par l'envoi par la Drass d'un document de sensibilisation aux trois mille sept cents médecins généralistes d'Aquitaine ainsi que des questionnaires : Face et Audit.

La sensibilisation des leaders d'opinion (associations de formation continue, syndicats, réseaux) s'est faite par courrier et réunions d'information. Médias, radio, télévision, journaux locaux et régionaux ont été sollicités pour informer le public sur la démarche. Les assurés sociaux ont été aussi informés par l'intermédiaire des remboursements d'Assurance Maladie. Une formation de formateurs a été mise en place en s'appuyant sur le module BMCM développé par le Dr Michaud.

Les formations des médecins ont débuté, en 2003, selon deux modalités : formations en soirées par un binôme médecin généraliste et alcoologue, avec diaporama, jeux de rôle et formations par entretiens confraternels. Les repérages par les médecins ont débuté en juin 2003 et l'évaluation finale a été communiquée en 2005.

Résultats prometteurs

Les attentes en matière d'évaluation étaient diversifiées au sein du comité de pilotage :
– les spécialistes en addictologie avaient plus un souci de validation d'une stratégie d'intervention (RPIB) sur un territoire donné à la suite des travaux de l'Organisation mondiale de la santé (3) ;
– les médecins généralistes avaient des attentes quant à la possibilité d'inclure cette technique dans leur pratique ;
– les institutionnels, la Drass et l'Urcam voulaient vérifier l'efficacité du processus en vue de sa généralisation.

Les résultats prometteurs au niveau de la cohorte de médecins girondins ont conforté la décision d'extension de la démarche à l'ensemble du territoire aquitain.

Dans le Médoc, un an après les formations, 93 médecins ont rempli 14 919 fiches de repérage, soit en moyenne 160 patients repérés par médecin (min. 1, max. 535).

Parmi les 13 712 patients repérés, 3 040 patients ont un mésusage :
– 14,6 % en usage à risque ;
– 3,8 % en usage nocif ;
– 3,8 % de dépendance.
Dans 41 % des cas, le mésusage n'avait pas été repéré par le médecin auparavant. Pour les patients diagnostiqués ayant bénéficié d'au moins deux repérages (n=920), 22 % usagers « à risque » et 23 % usagers « nocifs » lors du 1er repérage sont passés à une consommation normale au dernier repérage ;
– 73 % des médecins généralistes s'estiment plus à l'aise pour parler d'alcool à leurs patients.

Des journées d'échanges ont été organisées par la Drass entre les promoteurs entrés dans la démarche et les promoteurs potentiels des autres départements ; ces journées ont porté sur les résultats de l'évaluation, elles ont permis d'envisager l'élargissement du programme à d'autres professionnels, médecins du travail, urgentistes, infirmiers, personnels de la périnatalité et surtout l'extension de la démarche aux cinq départements d'Aquitaine.

Cinq régions pilotes en France

Ces résultats ont aussi fait l'objet d'une restitution aux médecins généra-

listes et à la demande de la Direction générale de la santé, ils ont été exploités par l'Observatoire français des drogues et des toxicomanis (OFDT) (4) dans un rapport de synthèse concernant cinq régions impliquées dans le RPIB. Une diffusion nationale a été décidée.

Dans cette démarche, trois temps forts apparaissent :
– le premier porte sur la construction du projet d'évaluation, c'est un temps de réflexion collective sur les enjeux et les objectifs de l'évaluation. Il permet à l'ensemble des acteurs de débattre, de partager une culture commune, de s'approprier le projet d'évaluation, de lui donner du sens et une finalité ;
– le deuxième porte sur la réalisation de la procédure d'évaluation ;
– le troisième porte sur la communication des résultats : rencontres « échanges et partage » avec les médecins généralistes, publications, séminaires régional et interrégional ont facilité l'appropriation du programme et son extension.

Une aide à la décision

Au-delà de la restitution des résultats obtenus, l'évaluation est une aide à la décision, une démarche génératrice de transformation au sein des programmes (5). Elle renvoie à l'analyse de la pertinence des projets proposés. Au carrefour de trois logiques (6), elle est à la fois une activité scientifique, une pratique professionnelle spécifique, un ensemble de mécanismes institutionnels. Elle convoque une pluralité d'acteurs et de points de vue, elle se différencie en cela de l'expertise et du contrôle, son degré d'appropriation par l'ensemble des partenaires peut en faire un vecteur d'évolution.

Martine Valadié-Jeannel
Médecin inspecteur de santé publique,
Chef de projet Lutte contre les addictions,
Drass Aquitaine, Bordeaux.

Références bibliographiques

(1) Valadié-Jeannel M. De nouvelles actions vers les publics fragiles : accès à la prévention et aux soins pour les publics fragiles et territorialisation des actions de santé. In : *Villes-Régions-Universités.* MSHA (France), PUL (Québec), 2005.
(2) Demeulemeester R. Évaluation et bilan. In : *Politiques et programmes régionaux de santé.* ADSP-documentation Française, 2004.
(3) Heather N. *WHO phase IV collaborative project on implementing country-wilde early identification and brief intervention strategies in primary health care,* 1998.
(4) Diaz Gomez C., Milhet M. RPIB *Stratégies de promotion du repérage précoce et de l'intervention brève en matière d'alcool auprès des médecins généralistes.* Paris : OFDT, 2005 : 220 p. http://www.drogues.gouv.fr voir dans (études et rapports).
(5) Jabot F. L'évaluation des programmes régionaux. In : *Politiques et programmes régionaux de santé.* ADSP-documentation Française, 2004.
(6) Perret B. *L'évaluation des politiques publiques.* Paris : Éditions La découverte, coll. Repères, 2001 : 128 p.

Rhône : la protection maternelle et infantile évalue son efficacité

Dans le département du Rhône, le conseil général a créé des « Maisons du Rhône », guichet unique de santé qui accueille les services de Protection maternelle et infantile. Ces services ont intégré la promotion de l'équilibre nutritionnel dans leurs activités de base. Les services procurés par les PMI sont réajustés en fonction de l'évaluation du travail effectué.

À partir de 2004, les départements se sont vu attribuer des compétences nouvelles par les lois de décentralisation[1], en particulier sur l'action médicosociale, la promotion de la santé et plus particulièrement celle de la mère et de l'enfant. Dans le département du Rhône, la territorialisation a permis la mise en place dans chaque canton d'un guichet unique (Maison du Rhône) pour toutes les compétences départementales, afin d'assurer à chaque citoyen la proximité de ses services. Véritable maillage territorial, cette territorialisation permet une réponse adaptée aux besoins locaux. Dans l'ensemble des Maisons du Rhône (MdR), des équipes de Protection maternelle et infantile (PMI), composées de médecins, sages-femmes, puéricultrices, psychologues, proposent des actions de promotion de la santé auprès des mères, des futurs parents, des enfants (de 0 à 6 ans) et de leur famille, et des jeunes. Une équipe centrale (service santé publique et PMI) assure le lien entre la direction générale des services, l'ensemble des MdR, les autres services du département et les autres institutions concourant à la santé, en complémentarité notamment avec les missions de l'Aide sociale à l'enfance.

L'équilibre nutritionnel est une problématique départementale en phase avec le niveau national. Grâce à leur observation de terrain, les équipes de PMI ont fait remonter des constats comparables à ceux faits au plan national, et le service a souhaité intégrer la promotion de l'équilibre nutritionnel dans les activités de base de PMI. Le dépar-

tement du Rhône s'est donc doté d'un plan départemental de promotion de l'équilibre nutritionnel voté par l'Assemblée départementale en 2005[2], en s'appuyant sur le Programme national nutrition santé (PNNS) tout en prenant en compte les réalités locales. Ce plan comprend des objectifs, des stratégies et des évaluations, construits dans le souci d'une démarche participative des familles, des enfants et des jeunes.

Plan départemental pour les PMI

Le plan départemental prévoit la réalisation du dépistage systématique du surpoids ou de l'obésité des enfants vus lors des bilans de santé à l'école maternelle à 3-4 ans (94 % d'enfants vus dans le Rhône) et des jeunes (15-25 ans) vus lors des consultations dans les centres de planification et d'éducation familiale (CPEF). Cet état des lieux est un préalable indispensable à la mise en place d'actions locales de promotion de la santé. Pour que ces actions se développent, des formations à la conduite de projet sont proposées par le service aux équipes PMI : repérage de la problématique locale, formulation des objectifs, mise en place du plan d'action, construction de l'évaluation. Une évaluation à ce niveau local permet de réadapter très rapidement les objectifs et stratégies locales. Cette réactivité est un véritable atout pour des actions au plus près des besoins et des demandes des usagers.

Actions à dimension départementale, des études plus approfondies sont réalisées par le service santé du conseil général sur l'obésité et la santé. Des exemples :
– recherche de facteurs associés au surpoids (troubles du langage, caries dentaires, troubles du comportement, niveau de ressources, rythmes de vie, etc.) auprès de trois cent cinquante enfants du Rhône ;
– pour les jeunes fréquentant les CPEF du Rhône : une étude prospective sur un mois portant sur les comportements alimentaires. Et un recueil systématique sur un an des bilans glucido-lipidiques couplés à l'IMC chez les jeunes filles de moins de 25 ans venant pour une première prescription de contraception.

À partir de ces études, des actions communes à toutes les équipes pourront se mettre en place. Leur évaluation permettra le réajustement des objectifs du service.

Accompagner projets et évaluation

Pour accompagner cette action, plusieurs outils et dispositifs ont été mis en place : des journées de formation des professionnels, l'utilisation des outils d'éducation à la santé réalisés par l'INPES, la création de supports d'information spécifiques qui seront évalués auprès des usagers : plaquette d'information « Bien manger et bouger pour être en forme : petits conseils pour tous », jeu interactif multimédia « Testez votre équilibre alimentaire »[3].

L'existence de liens avec les partenaires locaux et départementaux est une véritable richesse. La mise en œuvre opérationnelle du plan départemental nutritionnel se fait naturellement en lien avec le réseau des partenaires locaux et départementaux, comme, par exemple :
– le réseau de prise en charge et de prévention de l'obésité en pédiatrie (Repop GL), avec une convention cadre ;
– les médecins libéraux pour les enfants dépistés en prise de poids excessive ou en surpoids, avec un suivi et un accompagnement conjoint des enfants et des familles ;
– l'Ades 69 en tant que structure départementale d'éducation à la santé.

Plusieurs niveaux d'évaluation coexistent : locale dans le cadre d'une démarche participative, une évaluation en lien avec un projet de service, une autre conjointe avec les partenaires et enfin une évaluation départementale globale. Sur la base de ces évaluations, l'assemblée départementale pourra décider de nouvelles orientations ou actions.

Pour les équipes du service
Santé publique et PMI,
Dr Muriel Pêtre
Directrice,
conseil général du Rhône.

1. Loi n° 2004-503 DC du 12 août 2004 relative aux libertés et responsabilités locales.
2. www.rhone.fr
3. www.erasme.org/libre

Financeurs et porteurs de projets : arrêtons nos jeux de rôle inutiles !

Halte à l'évaluation-sanction, à l'évaluation-routine dont on ne tire pas profit pour améliorer la santé des populations, souligne le Dr François Baudier. Le directeur de l'Urcam Franche-Comté en appelle à une « révolution culturelle », une démarche partagée où tout le monde – financeurs et acteurs – y trouve son intérêt. Depuis dix ans, la région Franche-Comté essaie de travailler dans ce sens lorsqu'elle évalue des actions d'éducation pour la santé.

D'un côté, les institutions exigent systématiquement une évaluation pour toute action financée. De l'autre, les porteurs de projets vont, le plus souvent, satisfaire à cette demande sans grande conviction. Pour rompre ce jeu « stérile », acceptons de dialoguer, en établissant ensemble des règles transparentes, applicables à tous !

L'évaluation ? Mais pour quoi faire ?

Il y a un peu moins de trente ans, la démarche évaluative était totalement absente des préoccupations des acteurs de santé publique en général et de l'éducation pour la santé en particulier. Développer des actions de prévention était avant tout un acte généreux ; y introduire un processus de mesure relevait d'une démarche perçue comme suspicieuse. Pourtant, progressivement, l'accent a été mis sur la notion d'efficience des dispositifs d'intervention.

Depuis maintenant une quinzaine d'années, cette notion est mise en avant par tous sans être véritablement intégrée dans la pratique de chacun. Trop souvent, l'évaluation reste totalement conceptuelle. La multiplication des ouvrages, des guides, des enseignements initiaux ou continus semble malheureusement avoir renforcé une certaine externalisation du processus d'évaluation : il y a, d'un côté, le programme, l'action dans laquelle on s'engage avec toutes ses forces, ses moyens, sa compétence, et, de l'autre, l'évaluation, qui reste extérieure, à part, comme si elle était étrangère.

De la méthode, mais pas seulement !

Cette situation qui fige l'évaluation dans un jeu de rôle peu satisfaisant entre financeurs et porteurs de projets doit évoluer si nous souhaitons avoir, les uns et les autres, un minimum de crédibilité. Ce changement est d'autant plus urgent que nous avons perdu beaucoup de temps (sans doute plusieurs décennies). Combien d'expériences exemplaires ont été totalement oubliées car jamais modélisées et reproduites ? Que d'énergie et d'argent ainsi perdus !

Pourtant des solutions existent. Elles nécessitent simplement un peu de modestie, d'attention et de respect de l'autre. Contrairement à ce que l'on peut imaginer, ce n'est pas uniquement par la sophistication des techniques évaluatives que l'on réussira à provoquer une dynamique fertile dans ce domaine. Si l'acquisition de connaissances sur la méthodologie de programme, la fixation d'objectifs précis et mesurables, la définition de protocoles de mesures sont de vraies nécessités, elles sont très loin d'assurer la qualité, la pertinence et surtout l'utilité de l'évaluation.

Brisons la glace !

Il faut donc tous nous mettre autour d'une table. Financeurs et porteurs de projets, notre objectif est le même : améliorer la santé de la population. En tant que promoteur porteur de projet, l'évaluation n'a pas vocation à rester un exercice imposé, un mot magique libérant les budgets. Pour les financeurs, l'évaluation ne doit pas être uniquement un rapport que l'on parcourt parfois distraitement, classé ensuite (sans suite) dans un dossier d'où il ne sortira qu'exceptionnellement, par exemple lors d'un contrôle du type de ceux réalisés par la Cour des comptes, l'Inspection générale des affaires sociales ou les diverses missions d'audit.

L'évaluation doit se construire dans une véritable démarche partagée où tout le monde trouve son intérêt. Le promoteur/porteur de projet car, dans le processus engagé, l'évaluation lui permet de conduire son programme avec intelligence ; il sera alors en capacité de mieux ajuster ses actions, d'être à l'écoute des populations concernées, de mesurer les acquis… Les financeurs car le processus évaluatif permettra de fixer des temps de rencontres et d'échanges, de suggérer des évolutions, d'encourager certaines initiatives… En clair, c'est une véritable révolution culturelle qui est demandée afin de rompre des modalités relationnelles qui font avant tout de l'évaluation un support visant le jugement ou la sanction.

Explorer des nouvelles voies : c'est possible !

En Franche-Comté, nous avons tenté de nous engager, depuis quelques années, dans de nouvelles perspectives. Ce fut d'abord le cas pour les appels à projets État/Assurance Maladie concernant la prévention. Plutôt que d'imposer un énième guide sur l'évaluation des actions de santé, un groupe de travail commun associant financeurs et promoteurs a été constitué dans le but d'élaborer – avec l'aide d'un spécialiste de l'évaluation – une grille commune

de recueil et d'analyse. Ce processus de réalisation, d'une méthodologie et d'un outil, a permis de promouvoir une culture commune et d'identifier les obligations et limites de chacune des parties en présence.

La même approche a été engagée pour les réseaux de santé. En effet, plusieurs documents nationaux de recommandations existaient mais peu étaient utilisés. Un travail approfondi a donc été mené sur plusieurs mois par le secrétariat technique des réseaux (Assurance Maladie et État) et la fédération des réseaux de Franche-Comté. Il a permis de proposer une méthode et un outil élaborés avec la participation de tous, au cours de deux journées entières, en présence et avec la contribution active de l'ensemble des représentants des réseaux, des institutions et des experts en évaluation. Le Dossier minimal commun d'évaluation (DMCE) est donc aujourd'hui une réalité. C'est un outil consensuel, pragmatique et cohérent avec ceux élaborés nationalement. Il reprend les quatre grands domaines d'évaluation des réseaux : intégration des usagers et des professionnels dans le réseau, fonctionnement de celui-ci, qualité de la prise en charge et évaluation économique. La grande majorité des réseaux de la région l'utilise très régulièrement, notamment pour leur autoévaluation intermédiaire. Pour l'évaluation finale, le DMCE est obligatoirement complété par un second document très court, mais véritable outil de synthèse, d'analyse et de propositions pour l'avenir du réseau[1].

Prenons des engagements réciproques !

L'acceptation et l'appropriation par tous du processus d'évaluation ne pourront réussir qu'à trois conditions :
– il faut sortir l'évaluation des enjeux de pouvoir, de domination ou de sanction. Au contraire, elle doit devenir un outil partagé, où chaque partie sait ce que l'autre attend. Elle est d'abord au service de la qualité des interventions et donc de la santé des populations ;
– ensuite, l'évaluation doit être un processus parfaitement intégré à la démarche de programmation pour qu'elle soit, à toutes les étapes de sa réalisation, en mesure de fournir des indications utiles en vue d'ajuster et d'améliorer l'action ou le programme entrepris ;
– enfin, lorsque les évaluations démontrent la pertinence et l'efficacité d'une action, les institutions devront être plus souvent qu'aujourd'hui en capacité de prendre en compte, et éventuellement de développer sur tout un territoire, ces programmes qui marchent (et ils sont nombreux !). Ils ne doivent plus rester éternellement expérimentaux mais entrer dans un processus de reconnaissance afin de permettre un éventuel passage dans le droit commun en matière d'offre de santé publique, de prévention ou d'éducation pour la santé.

Dr François Baudier
Directeur de l'Union régionale des caisses d'Assurance Maladie Franche-Comté, Besançon.

1. Voir sur le site de l'Urcam de Franche-Comté la démarche et les documents : http://www.urcam.org/Reseaux-de-sante.8566.0.html

Pour en savoir plus

Cette rubrique s'articule autour de trois parties : les fondements et les principes de l'évaluation, qui comprennent des documents généraux et théoriques sur l'évaluation, ses concepts et ses modèles ; les démarches et les méthodes de l'évaluation, en particulier dans le domaine de la promotion et de l'éducation pour la santé. Enfin, la troisième partie est consacrée aux modèles, grilles et outils d'évaluation.
Nous proposons, en outre, quelques liens vers des sites Internet français et francophones dédiés au développement, à l'accompagnement et à la promotion de l'évaluation. Les adresses des sites ont été consultées et vérifiées le 11 juin 2007.

Évaluation : fondements et principes

• Barberger-Gateau P. (coor.), Salmi L. R. (coor.) Dossier « *L'évaluation en santé* ». Revue d'épidémiologie et de santé publique 2000 ; 48(6) : 513-71.

• Bonniol J.-J., Vial M. L*es modèles de l'évaluation. Textes fondateurs avec commentaires.* Bruxelles : De Boeck Université, coll. Portefeuille, 1997 : 368 p.

• Demarteau M. *Analyse des pratiques d'évaluation de programmes d'éducation pour la santé : les demandes de financement à la Communauté française de Belgique en 1992 et 1993* [thèse]. Liège : École de santé publique de l'université de Liège, 1998 : 195+209 p.

• Institut Théophraste-Renaudot. *Évaluer, évoluer : les actes des 2es rencontres « Croisement des pratiques communautaires en santé » de l'Institut Renaudot.* Évry, 27-28 septembre 2002. Paris : Institut Théophraste-Renaudot,

• Legros M., Poquet G. *Évaluer ou l'esprit des méthodes.* Paris : Crédoc, coll. Cahier de recherche n° 96, 1996 : 91 p.

• Lièvre P. *Évaluer une action sociale.* Rennes : ENSP, 2002 :128 p.

• Santé Canada. *Efficacité des mesures de promotion de la santé.* Bulletin de recherche sur les politiques de santé 2002 ; 1(3) : 39 p.
En ligne : http://www.hc-sc.gc.ca/sr-sr/pubs/hpr-rpms/bull/2002-3-promotion/ index_f.html

• Sitbon A. *L'évaluation de la communication publique : l'exemple de la prévention du sida.* Paris : Crédoc, coll. Cahier de recherche n° 172, 2002 : 113 p.

• Vial M. *Se former pour évaluer. Se donner une problématique et élaborer des concepts.* Bruxelles : De Boeck Université, coll. Pédagogies en développement, 2001 : 280 p.

• World Health Organization. *Evaluation in health promotion. Principles and perspectives.* Copenhague: WHO Regional Publications, coll. European series, 2001: 533 p.

Comment évaluer : démarches et méthodes

• Arwidson P., Bury J., Choquet M., et al. Évaluation des programmes d'éducation pour la santé. In : *Éducation pour la santé des jeunes. Démarches et méthodes.* Paris : Inserm, coll. Expertise collective, 2001 : 99-133.

• Arwidson P., Ramon A. *L'évaluation des programmes nationaux de communication. Propositions méthodologiques.* Vanves : CFES, coll. Dossiers techniques, 1999 : 29 p.

• Bantuelle M., Morel J., Dargent D. *L'évaluation, un outil au service du processus.* Bruxelles : Santé, communauté, participation ASBL, coll. Santé communautaire et promotion de la santé, 2001 : 54 p.
En ligne : http://www.sacopar.be/site/publications/pdf/santecom5.pdf

• Berrewaerts J., Libion F., Deccache A. *Quels critères et indicateurs d'évaluation sont à privilégier en éducation pour la santé en milieu de soins ?* Louvain : UCL, coll. Série de dossiers techniques n° 23, 2003 : 46 p.
En ligne : http://www.reso.ucl.ac.be/dossiers/dos23.pdf

• Bontemps R., Cherbonnier A., Mouchet P., Trefois P. Évaluation d'une campagne publicitaire. In : *Communication et promotion de la santé : aspects théoriques, méthodologiques et pratiques.* Bruxelles : Question santé ASBL, 2e édition, 2004 : 179-206.

• Chabaud F., Blum-Boisgard C., Gaillot-Mangin J. *Évaluation d'une action de santé publique : recommandations.* Paris : Andem, 1995 : 39 p.
En ligne : http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/santpubl.pdf

• Cherbonnier A. *Agir en promotion de la santé : un peu de méthode…* Bruxelles Santé 2005 ; numéro spécial : 55 p.
En ligne : http://www.questionsante.org/03publications/charger/agirpromosante.pdf

• Christiansen G. *Évaluation : un instrument d'assurance qualité dans la promotion de la santé.* Cologne : BZGA, coll. Research and practice of health promotion, 2000 : 82 p.
En ligne [version disponible en anglais] : http://www.bzga.de/bzga_stat/pdf/60806070.pdf

• Comité français d'éducation pour la santé. *Évaluer l'éducation pour la santé : concepts et méthodes.* Saint-Denis : INPES, coll. Séminaires, 2002 : 188 p.

• Couralet D., Olivo C. *Éducation pour la santé. Actions : découvrez la méthode !* Montpellier : Cres Languedoc-Roussillon, 2005 : 97 p.
En ligne : http://perso.orange.fr/cres.lr/pdf/SREPS.pdf

• D'Amours G., Deschesnes M., Jomphe Hill A., Olivier C. *Guide d'évaluation des interventions – Projet « Écoles-Milieux en santé de l'Outaouais. »* Hull : Direction de la santé publique de l'Outaouais, RRSSSO, 2000 : 60 p.
En ligne : http://www.santepublique-outaouais.qc.ca/app/DocRepository/12/GuideEvaluation.pdf

• Deccache A. *Pour mieux choisir son évaluation : définitions et rôles des évaluations en éducation pour la santé.* Liège : APES-ULg, coll. Méthodes au service de l'éducation pour la santé, 1989 : 9 p.
En ligne : http://www.apes.be/documentstelechargeables/pdf/n5.pdf

• Fontaine D., Beyragued L., Miachon C. *Le référentiel commun en évaluation des actions et programmes santé et social.* Lyon : ERSP, 2004 : 101 p.
En ligne : http://www.ersp.org/esp_ress/eval/index.html

• Gaudreau L., Lacelle N. *Manuel d'évaluation participative et négociée.* Montréal : Université

du Québec, 1999, 29 p. + 42 p.+ 14 p.
En ligne (3 cahiers) :
http://www.er.uqam.ca/nobel/arpeoc/site%20arpeoc/Comprendre_evaluation/comprendre_evaluation.htm
• Noce T., Paradowski P *Élaborer un projet. Guide stratégique*. Lyon : Chronique sociale, 2e édition, 2005 : 427 p.
• Nock F. *Petit guide de l'évaluation en promotion de la santé*. Paris : Mutualité française, 2006 : 119 p.
• Office fédéral de la santé publique. *Guide pour la planification de l'évaluation de projets ou programmes de santé*. Berne : OFSP, 1997 : 78 p.
En ligne : http://www.bag.admin.ch/evaluation/02357/02362/index.html ?lang=fr
• Roussille B., Arwidson P. *L'éducation pour la santé est-elle efficace ?* Vanves : CFES, coll. Dossiers techniques, 1998 : 45 p.
• Sizaret A., Fournier C. *Dossier documentaire « Évaluation, mode d'emploi »*. Saint-Denis : INPES, 2005 : 96 p.
En ligne : http://www.inpes.sante.fr/CFES Bases/catalogue/pdf/885.pdf
• The Health Communication Unit. *Évaluation des programmes de promotion de la santé*. Toronto : Centre for Health Promotion, université de Toronto, 2002 : 97 p.
En ligne : http://www.thcu.ca/infoandresources/publications/EVAL_French_Master_Wkbk_v2_content_feb.02_format_aug.03.pdf

Modèles, grilles et outils d'évaluation

• Cloetta B., Spörri-Fahrni A., Spencer B., Ackermann G., Broesskamp-Stone U., Ruckstuhl B. *Guide pour la catégorisation des résultats : Outil de catégorisation des résultats de projets de promotion de la santé et de prévention*. Berne : Promotion Santé Suisse 2005 : 27 p.
En ligne : http://www.promotionsante.ch/common/files/knowhow/tools/N107713_Ergebnismodell_fr.pdf
• Comité régional d'éducation pour la santé Languedoc-Roussillon. *Comment rédiger des critères et indicateurs d'évaluation ? et mesurer les effets de nos actions de prévention ou d'éducation pour la santé...* Montpellier : Cres Languedoc-Roussillon, 2004 : 12 p.
En ligne : http://perso.wanadoo.fr/cres.lr/pdf/CRITERES.pdf
• Comité régional d'éducation pour la santé Nord – Pas-de-Calais. *Abrégé du guide pratique de l'évaluation des actions PRS à l'usage des acteurs*. Lille : Cres Nord – Pas-de-Calais, 2004 : 28 p.
En ligne : http://www.santenpdc.org/portailsite/_upload/CRES/1-Fichiers_Site_Public/Fichiers_Mediatheque/Abrege_Guide_Eval.pdf
• Fontaine D., Beyragued L., Miachon C. *L'évaluation en neuf étapes : fiches pratiques pour l'évaluation des actions et programmes santé et social*. Lyon : ERSP, 2004 : 24 p.
En ligne : http://www.ersp.org/esp_ress/eval/index.html
• Molleman G.R.M., Peters L.W.H., Hommels L. M., Ploeg M. A. *Outil de pilotage et d'analyse de l'efficacité attendue des interventions en promotion de la santé Preffi 2.0*. Woerden : NIGZ, 2003.
En ligne : http://www.inpes.sante.fr/index.asp?page=preffi/preffi2.htm
• Mansour Z., Prodhon H., Coruble G., *et al. Méthodologie et évaluation d'actions ou de programmes de santé publique*. Marseille : Cres Paca, 2005, cd., win., Mac.
En ligne : http://www.cres-paca.org/methodo/methodo.swf
• Widmer T., Landert C., Bachmann N. *Standards d'évaluation de la Société suisse d'évaluation (standards Seval)*. Berne : Seval, 2000 : 20 p.
En ligne : http://www.seval.ch/fr/documents/SEVAL_Standards_2001_fr.pdf

Sites Internet

• Office fédéral de la santé publique (OFSP)
L'OFSP suisse pratique l'évaluation depuis 1987. Le Centre de compétences en évaluation (CCE) est rattaché à la section Politique de recherche, évaluation et rapports de l'OFSP. Il accompagne les activités d'évaluation au sein de l'office et joue à cet égard le rôle de charnière entre praticiens et monde scientifique pour la définition des objectifs et le point focal de l'étude.
Le site propose de nombreux rapports et études sur l'évaluation dans divers domaines, disponibles en ligne, ainsi que des outils : guides, glossaires et une base de données évaluateurs.
http://www.bag.admin.ch/evaluation/index.html ?lang=fr

• Quint-essenz
Ce site est celui de l'organisation gouvernementale Promotion Santé Suisse. Il s'adresse à toutes les personnes impliquées dans la planification et la réalisation de projets en promotion de la santé et en prévention. Il contient des informations sur la gestion de projet, la gestion de la qualité et la promotion de la santé. En outre, il propose des outils concrets de planification et de mise en œuvre de projets. Le site offre de nombreux outils et documents pouvant être utilisés pour gérer des projets, expérimenter et développer des méthodes et pratiques, avec à toute étape une évaluation et des critères de qualité.
Un glossaire offre, par ordre alphabétique, les définitions des principaux termes utilisés dans les textes des rubriques méthodologiques.
http://www.quint-essenz.ch/

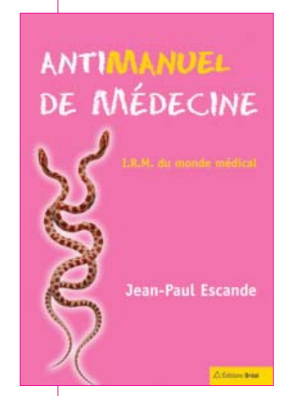
• Société française de l'évaluation (SFE)
La Société française de l'évaluation (SFE) a été fondée en juin 1999. Elle a pour vocation générale de contribuer au développement de l'évaluation et de promouvoir son utilisation dans les organisations publiques et privées, ainsi que dans les collectivités en charge de l'élaboration et de la mise en œuvre des politiques publiques. Elle s'efforce notamment de faire progresser les techniques et les méthodes et de favoriser le respect de règles éthiques et procédurales. La charte de l'évaluation des politiques publiques et des programmes publics adoptée par l'assemblée générale de la SFE, le 28 octobre 2003, se trouve sur ce site.
La visite de ce site permet de repérer les activités des groupes de travail sectoriels ou transversaux, de trouver des informations d'ordre événementiel et des liens vers des sites similaires. Enfin, une base de données sur les formations à l'évaluation est disponible.
http://www.sfe.asso.fr/

Olivier Delmer
Ève Gazzola
Documentalistes à l'INPES.

Retrouvez cette rubrique en ligne sur www.inpes.sante.fr

Antimanuel de médecine. IRM du monde médical

Jean-Paul Escande



Dans cet antimanuel, conçu comme une tournée de cirque dans un monde mystérieux, envoûtant et périlleux, Jean-Paul Escande, médecin-chef de service à Cochin, brosse un tableau onirique et très bien illustré de l'état de la médecine et du système de soins, qu'il aurait pu titrer « Ulysse au pays des toubibs ». Un état des lieux sur l'emballement du dispositif de santé et les risques d'une marchandisation accrue du système. L'auteur cite souvent *Knock ou le Triomphe de la médecine,* la fameuse pièce de Jules Romains dans laquelle le célèbre docteur invente des maladies à ses patients pour se créer une clientèle. Cette exploration des pays qui composent l'univers de la santé (surtout sous l'angle médical) de la France du XXI[e] siècle a de quoi séduire, avec des mots simples et des métaphores justes, même si le lecteur pourra être agacé par le côté « Monsieur Loyal » insistant de l'auteur. Car le paysage dépeint apparaît soudain évident. Comment n'y avoir pas pensé plus tôt ? Ou aussi précisément ? Se côtoient ainsi la chasse aux idées reçues, des démonstrations convaincantes avec la réaffirmation de principes pourtant très simples, comme la nécessité de l'étanchéité entre les logiques de profits et celles de bien collectif, à l'heure où insidieusement, pour être encore plus efficaces, les premières se parent des atours des secondes.

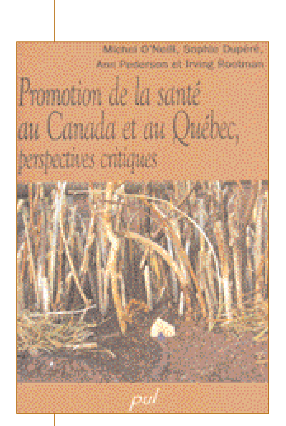
Certes, le lecteur de *La Santé de l'homme* ne le suivra pas trop dans sa description des impasses de la biologie actuelle ou dans sa dernière partie, consacrée à l'hôpital tarifé à l'heure (sauf que ce lecteur est aussi un usager), mais l'ultime détour tient en haleine comme un roman policier. Ce « médico-tour » de fiction n'est ni une liste de recommandations, ni un programme politique, c'est un pamphlet, forme d'écriture prisée par l'auteur, qui, malgré certaines maladresses, donne à penser et surtout à vraiment espérer qu'enfin un souffle de renouveau positif pourrait traverser notre système de santé au-delà de la seule course de dupes entre dépenses et performances. L'ensemble de cette excursion est en effet placé sous la bannière de « Oui à la vie ! » qui marque l'empreinte de la conclusion et qu'aucun éducateur pour la santé ne pourrait renier. À consommer sans modération les soirs de grand doute.

Stéphane Tessier

Rosny-sous-Bois : Éditions Bréal, coll. Antimanuel, novembre 2006, 408 p., 21 €.

Promotion de la santé au Canada et au Québec, perspectives critiques

Michel O'Neil, Sophie Dupere, Ann Pederson, Irving Rootman



Plus de quatre-vingts contributeurs du Canada et d'ailleurs analysent la place de la promotion de la santé au Canada et au Québec, et son influence internationale. Les six sections de l'ouvrage traitent tour à tour des concepts en promotion de la santé, des approches nationales et provinciales (Canada – Québec), et proposent des perspectives.

Dans la partie consacrée à l'influence de la promotion de la santé canadienne et québécoise à l'international (section 4), on trouve des contributions relatives à la promotion de la santé dans vingt-deux pays ou régions : Afghanistan, Amérique latine, Australie, Brésil, Chili, Iran, Israël, Japon, Koweït, Nouvelle-Zélande, pays nordiques, pays du Pacifique Sud, Porto Rico, Roumanie, Royaume-Uni, Sénégal, Suisse, Tunisie, Ukraine, etc.

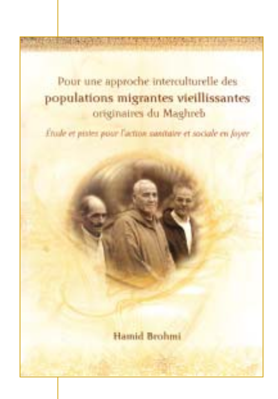
Élisabeth Piquet

Sainte-Foy (Québec) : Presses de l'Université Laval, 2006, 510 p., 49 $.

Pour une approche interculturelle des populations migrantes vieillissantes originaires du Maghreb.

Études et pistes pour l'action sanitaire et sociale en foyer

Hamid Brohmi



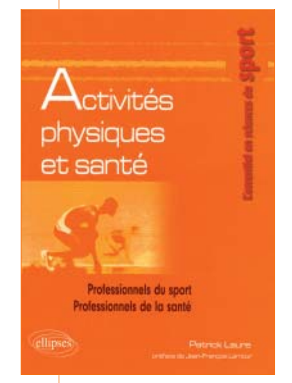
Rédigé à la demande de la Cram Bourgogne et Franche-Comté et du Cores Bourgogne, ce rapport présente les résultats d'une étude qualitative non ethnocentrique des représentations, croyances et concepts religieux propres aux migrants vieillissants originaires du Maghreb, vivant en foyer, en régions Bourgogne et Franche-Comté. Les entretiens semi-directifs menés auprès de quarante-neuf personnes vivant dans onze foyers des départements de Côte-d'Or, de Saône-et-Loire et du Doubs ont porté sur leurs relations émotionnelles avec le pays d'accueil, la peur du retour, les difficultés d'accès aux droits et aux soins, la maladie, la mort et leurs représentations, leurs attentes quant à leurs conditions de vie, ou encore sur leurs relations sociales et les rapports entre résidents. À la lumière des résultats, l'auteur formule quelques recommandations pour l'action dans les domaines sanitaire et social, illustrées par des expériences locales : adaptation des logements, amélioration du lien social, mais aussi modalités d'intervention en promotion de la santé ou encore formation et information des professionnels.

Olivier Delmer

Dijon : Centre académique pour la scolarisation des nouveaux arrivants et des enfants du voyage, 2006, 100 p. Disponible sur demande au centre académique.

Activités physiques et santé

Patrick Laure



« Pour votre santé, pratiquez une activité physique régulière » : ce conseil bienveillant fait partie des quatre messages sanitaires que les annonceurs doivent désormais introduire obligatoirement en France dans leurs publicités et outils d'information (spots TV et radio, affichage, encarts presse, Internet...). Mais quels sont précisément les liens entre activités physiques et santé ? Quels risques de maladies sont diminués ? S'il est bien établi que la pratique régulière d'une activité physique engendre des effets bénéfiques pour la santé au regard d'une population globale, il faut admettre que les résultats sont très différents d'un individu à l'autre en fonction d'une multitude de critères. Par ailleurs, il convient aussi de ne pas négliger les dangers potentiels de certaines pratiques. Et puis, un constat s'impose : en dépit d'un rapport bénéfices/risques globalement positif, et d'une image volontiers favorable des personnes physiquement dynamiques, une proportion importante de la population ne pratique aucune activité physique de loisir ou le fait à un niveau inférieur au minimum requis pour engendrer des effets probants.

On le voit, l'intégration de la pratique physique dans les programmes de promotion de la santé pose de nombreuses questions. En prenant appui sur la littérature scientifique et médicale internationale, le Dr Patrick Laure propose aux professionnels de la santé et du sport des pistes de réponses dans son livre *Activités physiques et santé*. À partir des résultats de plusieurs dizaines d'enquêtes, il fournit de nombreux éléments de réflexion sur l'évaluation de l'activité physique des personnes mais aussi des recommandations concrètes en fonction de l'âge et de la situation de chacun. Patrick Laure est médecin conseiller auprès de la direction régionale Jeunesse et Sports de Lorraine, et a contribué à la conférence de consensus sur l'activité physique et la santé (Nancy, 2005).

Philippe Moritz

Paris : Éditions Ellipses, coll. l'essentiel en sciences du sport, 2007, 320 p., 19,50 €.

La sexualité de l'enfant expliquée aux parents

Frédérique Saint-Pierre, Marie-France Viau



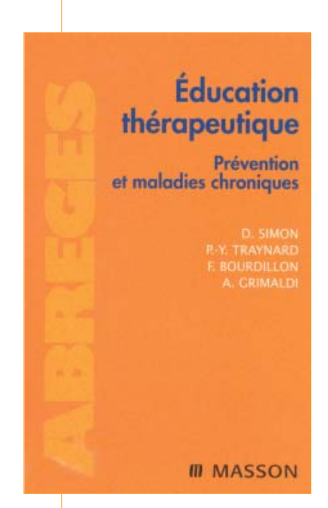
Tout ce que vous avez toujours voulu savoir, sans oser le demander... sur la sexualité des enfants. Après un point sur les grandes étapes du développement psychosexuel de l'enfant de 0 à 12 ans, ce petit livre propose deux chapitres qui répondent à des questions pratiques. Le premier présente les types de comportements et jeux sexualisés, et donne des repères pour permettre d'identifier leur fonction dans le développement et le cheminement de l'enfant. Le second aborde les situations particulières : homosexualité, comportements sexuels problématiques, troubles de l'identité de genre, développement de l'enfant handicapé.
La dernière partie est consacrée à l'éducation sexuelle. On y trouve quelques repères pour parler sexualité avec les enfants et pour prévenir les agressions sexuelles.
Au détour des pages, des encadrés proposent des réponses concrètes aux questions courantes des parents et des enfants.

Élisabeth Piquet

Montréal : Éditions de l'hôpital Sainte-Justine, coll. Pour les parents, 2006 : 197 p., 14,95 $, 9 €.

Éducation thérapeutique. Prévention et maladies chroniques.

Dominique Simon, Pierre-Yves Traynard, François Bourdillon, André Grimaldi



En préface de cet ouvrage, le professeur Joël Ménard décrit l'éducation thérapeutique comme l'art de pratiquer « *le transfert des connaissances d'un donneur d'informations à un receveur d'informations* ». Rédigé par des cliniciens et non-cliniciens, ce livre fait le tour de cette pratique qui vise à développer les compétences des patients atteints de maladies chroniques (le diabète est souvent donné en illustration), pour les aider à mieux vivre au quotidien.
Les progrès de la médecine permettent de vivre plus longtemps avec une maladie, et le nombre des patients porteurs d'une affection chronique augmente. Dans ce contexte, l'éducation du patient apparaît comme une nouvelle approche dans la prise en charge globale du malade. Elle est ici décrite au travers d'articles courts qui permettent d'avoir une vision concrète de ses applications à différentes étapes de la maladie (annonce du diagnostic, observance des prescriptions médicales), des modalités de sa mise en oeuvre dans les équipes soignantes, et de l'évaluation qui peut en être faite.

Élisabeth Piquet

Issy-les-Moulineaux : Elsevier Masson SAS, 2007 : 269 p., 30 €.

Elle ne se voyait pas vivre avec un séropositif. Aujourd'hui, elle ne se voit pas vivre sans lui.

Réf. : 3113-07442-A – Crédit photo : Matthieu Deluc / Partenaire Production

Réf. INPES 125-07390-R





Ensemble, luttons contre la discrimination

